



Fiche d'inscription Jeunesse - ALSH ÉTÉ 2024

1. IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date de Naissance : à : Département :

Adresse Principale :

N° Sécurité sociale :

IDENTITES DES REPRESENTANTS LEGAUX

Nom : Prénom :

Date de Naissance :

Adresse Principale si différente:

Numéro de téléphone :

Nom : Prénom :

Date de Naissance :

Adresse Principale si différente:

Numéro de téléphone :

AUTRE REPRESENTANT LEGAL OU AYANT EN CHARGE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date de Naissance :

Adresse Principale si différente:

Numéro de téléphone :

2. RÉGIME DE COUVERTURE SOCIAL

Numéro de sécurité sociale :

Régime général, n° allocataire CAF :

Régime MSA, n° allocataire MSA :



3. DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e) responsable légal(e) :

autorise l'organisateur à photographier et/ou filmer mon ou mes enfants(s).

oui non

autorise l'organisateur à utiliser les photos pour les supports de communication (site internet, brochures, expositions, ...)

oui non

4. ASSURANCE EXTRA-SCOLAIRE

Nom de l'assureur : N° de contrat :

5. AUTORISATION DE SORTIE

Mon enfant est autorisé à repartir seul de la structure :

oui non

Mon enfant est autorisé à repartir avec des personnes autres que les parents / responsables légaux :

Nom : Prénom : Lien : Téléphone :

Nom : Prénom : Lien : Téléphone :

Nom : Prénom : Lien : Téléphone :

6. AUTRES INFORMATIONS UTILES

Mon enfant a des suivis et des besoins particuliers :

oui non

J'indique ici, si je le souhaite, les éléments qui peuvent aider à la prise en charge et à la compréhension des besoins particuliers de mon enfant :

Je soussigné(e), Responsable de l'enfant, atteste :

- Avoir pris connaissance du règlement intérieur et des tarifs de l'Accueil de Loisirs et m'engage à respecter ceux-ci.
- Avoir souscrit à une assurance extra-scolaire pour mon ou mes enfant(s)
- Accepter de recevoir les informations de l'association par mail

A :

Le :

Signature :

Pièces à fournir :

- Fiche Sanitaire de liaison **Signée**
- Photocopie carnet de vaccination
- Assurance extra-scolaire

INSCRIPTION AUX ACTIVITES :

Cocher les cases correspondantes

L'inscription ne sera effectuée que lorsque le dossier complet et les pièces complémentaires seront rendus à l'accueil du Centre social

Semaine d'accueil de Loisirs ALSH - 11 à 17 ans	
Du 15 au 19 juillet 2024 « Brico dans l'eau » Tarif : 20 à 50 € (selon QF)	
Du 22 au 26 juillet 2024 « Street Sport » Tarif : 20 à 50 € (selon QF)	
Du 29 juillet au 2 août 2024 « Survivor no limit » Tarif : 20 à 50 € (selon QF)	
Du 5 au 9 août 2024 « Jette toi à l'eau » Tarif : 20 à 50 € (selon QF)	
Du 12 au 16 août 2024 « Street Art » Tarif : 20 à 50 € (selon QF)	
Du 19 au 23 août 2024 « Le Japon » Tarif : 20 à 50 € (selon QF)	

ORGANISATION TRANSPORTS

Cocher la réponse correspondante

Attention : les lieux de ramassages ont évolué. Merci d'en prendre note.

Pouvez-vous déposer votre jeune le matin entre 8h30 et 9h30 sur site	• OUI	• NON
Pouvez-vous récupérer votre jeune le soir entre 17h et 18h sur site	• OUI	• NON
Souhaitez-vous bénéficier de notre service de navette ?	• OUI	• NON
Si oui veuillez choisir le lieu de ramassage si dessous. Il n'y aura plus de navettes pour les personnes résidant à Amboise.		
Pocé sur Cisse	A l'arrêt de bus devant la Mairie	
Nazelles	Sur le parking de l'école	
Chargé		
Limeray		
Autre		



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).
Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez :

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

5- PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER LE MINEUR

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

LIEN AVEC LE MINEUR : TEL PORTABLE :

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

LIEN AVEC LE MINEUR : TEL PORTABLE :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :