

# Informations aux Familles

Les inscriptions et le règlement des vacances scolaires se font à l'Accueil de Loisirs Communal de la Capelle.

- Aucun remboursement ne pourra être effectué, sauf sur présentation de justificatif (certificat médical au autre) à compter de 3 jours consécutifs.

.....Réservé à l'administration.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

VACCINS

JUSTIFICATIF DE DOMICILE

ATTESTATION D'ASSURANCE

LIVRET DE FAMILLE



Contact Centre  
04 94 31 53 61

DOSSIER  
COMPLET



## Maison Communale de Jeunes 2024



### Fiche Individuelle de Renseignements

### 2024

NOM DE L'ENFANT : .....

PRENOM DE L'ENFANT : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

LIEU DE NAISSANCE : .....

ADRESSE DES PARENTS : .....

N° TELEPHONE DU JEUNE : .....

N° PORTABLE PARENT 1 : .....  PERE  MERE  AUTRE : .....

N° TRAVAIL PARENT 1 : .....

N° PORTABLE PARENT 2 : .....  PERE  MERE  AUTRE : .....

N° TRAVAIL PARENT 2 : .....

ADRESSE MAIL : .....

## Renseignements concernant la Famille

NOM ET PRÉNOM DU PARENT 1 : .....  PÈRE  MÈRE  AUTRE

EMPLOYEUR DU PARENT 1 : .....

NOM ET PRÉNOM DU PARENT 2 : .....  PÈRE  MÈRE  AUTRE

EMPLOYEUR DU PARENT 2 : .....

SITUATION FAMILIALE : .....

N°ALLOCATAIRE : .....

AUTRE(S) PERSONNE(S) HABILITÉE(S) À RÉCUPÉRER L'ENFANT À LA MAISON DE JEUNES  
EN CAS D'IMPOSSIBILITÉ :

.....  
.....

RENSEIGNEMENTS QUE VOUS SOUHAITEZ SIGNALER À LA DIRECTION ?

.....  
.....

SI ALLERGIES ALIMENTAIRES OU AUTRE, MERCI DE LE PRÉCISER SUR LA FICHE SANITAIRE  
CI-JOINTE.

.....RESERVE A L'ADMINISTRATION.....

QF :

TARIF JOURNEE :

## Déclaration du Responsable légal du Jeune

JE, SOUSSIGNÉ(E) MME OU M. : .....

PÈRE

MÈRE

TUTEUR

AUTORISE LA DIRECTION :

- A FAIRE SOIGNER MON ENFANT ET À FAIRE PRATIQUER DES SOINS D'URGENCE SUIVANT LES  
PRESCRIPTIONS DU MÉDECIN ;
- ET JE M'ENGAGE À PAYER LES FRAIS MÉDICAUX ET PHARMACEUTIQUES, D'HOSPITALISATION ET  
D'INTERVENTION CHIRURGICALE ÉVENTUELLE

- A PHOTOGRAPHER MON ENFANT LORS D'ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES

OUI

NON

- VOTRE ENFANT, PEUT-IL RENTRER SEUL LE SOIR ?

OUI

NON

FAIT À ..... LE : .....

SIGNATURE  
OBLIGATOIRE :

NOM DU MÉDECIN HABITUEL DE L'ENFANT : .....

ADRESSE : .....

CP : VILLE : .....TÉLÉPHONE : .....

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE

## VACCINATIONS

Joindre les photocopies du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant  
Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication  
**ATTENTION** : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

Si l'enfant suit un traitement médical pendant le séjour, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants

**Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance**

## ALLERGIES

Votre enfant est-allergique ?

oui

non

Asthme

oui

non

Allergies alimentaires

oui

non

Si oui, quels aliments :

.....

Médicaments :

.....

.....

Autres :

.....

.....

.....