

Informations aux Familles

Les inscriptions et le règlement des vacances scolaires et des mercredis 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.
- Les familles dont les enfants seront déjà inscrits en 2024 n'auront plus à fournir de dossiers, seule une fiche correspondant à chaque période de vacances ou des mercredis sera à compléter.



Contact Centre
04 94 31 53 61
06 20 28 17 19

DOSSIER COMPLET



Fiche Individuelle de Renseignements 2024

NOM DE L'ENFANT :

PRENOM DE L'ENFANT :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE DES PARENTS :

N° PORTABLE PARENT 1 : PÈRE MÈRE AUTRE :

N° TRAVAIL PARENT 1 :

N° PORTABLE PARENT 2 : PÈRE MÈRE AUTRE :

N° TRAVAIL PARENT 2 :

ADRESSE MAIL :

..... Réservé à l'administration.....

-
-
-
-
-
-
-

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

VACCINS

JUSTIFICATIF DE DOMICILE

ATTESTATION EMPLOYEUR PARENT 1 PÈRE MÈRE AUTRE

ATTESTATION EMPLOYEUR PARENT 2 PÈRE MÈRE AUTRE

ATTESTATION D'ASSURANCE

LIVRET DE FAMILLE

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 L'ACCUEIL DE LOISIRS
EN CAS D'IMPOSSIBILITÉ :

.....
.....

OÙ TÉLÉPHONER EN CAS D'URGENCE ?

.....
.....

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 de l'Enfant

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

• VOTRE ENFANT SAIT-IL NAGER ?

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 (vaccins)
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 L'ENFANT

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 :

.....

.....

.....