

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.

..... Documents à fournir.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

VACCINS

JUSTIFICATIF DE DOMICILE

ATTESTATION D'ASSURANCE

LIVRET DE FAMILLE



Attention
Photos non acceptées



Maison Communale de Jeunes 2025



DOSSIER COMPLET

Fiche Individuelle de Renseignements 2025

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 :

JE SOUSSIGNÉ (E), MME / M. :

AUTORISE N'AUTORISE PAS

L'ACCUEIL DE LOISIRS DE LA MAIRIE DE LA FARLÈDE À CONSULTER MON COMPTE CAF (ACCÈS INTERNET À CARACTÈRE PROFESSIONNEL HABILITÉ PAR LA CAF) AFIN D'OBTENIR MON QUOTIENT FAMILIAL POUR L'ANNÉE 2025.

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

.....
.....

OÙ TÉLÉPHONER EN CAS D'URGENCE ?

.....
.....

.....RESERVÉ À L'ADMINISTRATION.....

QF :

TARIF JOURNÉE :

Déclaration du Responsable légal du Jeune

RENSEIGNEMENTS QUE VOUS SOUHAITEZ SIGNALER À LA DIRECTION ?

.....
.....
.....

JE, SOUSSIGNÉ (E) MME OU M. :

PÈRE

MÈRE

TUTEUR

AUTORISE LA DIRECTION :

◦ À PHOTOGRAPHER MON ENFANT POUR DES ACTIVITÉS MANUELLES OU AFFICHAGES À L'ENTRÉE DE L'ACCUEIL DE LOISIRS

OUI

NON

◦ LA PUBLICATION ET LA DIFFUSION DE PHOTOGRAPHIES (PRISES À L'OCCASION D'ACTIVITÉS), SUR LES SUPPORTS ÉCRITS ET INTERNET DE LA VILLE ET/OU DE LA PRESSE

OUI

NON

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

OUI

NON

◦ VOTRE ENFANT, SAIT-IL NAGER ?

OUI

NON

FAIT À LE :

SIGNATURE
OBLIGATOIRE :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE

VACCINATIONS

Joindre les photocopies du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant (vaccins)

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication
ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant, suit-il un traitement médical : Oui Non

Votre enfant, est-il en situation de handicap ? Oui Non

Si oui, merci de nous fournir la notification MDPH (Maison départementale des personnes handicapées)

Votre enfant, est-il allergique ? Oui Non

Si oui, allergies alimentaires ? Oui Non

Allergies médicamenteuses ? Oui Non

Autres allergies ? Oui Non Précisez :

Votre enfant, est-il asthmatique ? Oui Non

Votre enfant, a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) Oui Non

Votre enfant, présente-t-il une pathologie nécessitant une attention particulière ?

Quelles sont les difficultés de santé ?

.....
.....
.....

MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

Nom du médecin traitant de l'enfant :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné (e),

responsable légal de l'enfant

Téléphone :

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- Autorise la direction à 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

Date :/...../.....

Signature :