

Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **les précautions à prendre**.

3 - Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

Observations diverses :

4 - RESPONSABLES DU MINEUR

Numéros de téléphone

Responsable 1, nom & prénom _____

domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Responsable 2, nom & prénom _____

domicile : _____ portable : _____ travail : _____

N° de sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché : _____

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 Collectif des Mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :



Ville de
La Verpillière

Fiche de Renouvellement 2021

Accueils Collectifs de Mineurs 3-10 ans & 11-15 ans

ACM 3-10 ans / La Ferme Joly

Rue du Bret

38290 LA VERPILLIERE

☎ 04 26 38 40 20

enfance.centresocial@laverpilliere.eu

ACM 11-15 ans

Centre Social « Porte Dauphine »

Avenue de Général de Gaulle

38290 LA VERPILLIERE

☎ 04 26 38 40 20

jeunesse.centresocial@laverpilliere.eu

Mercredis & Vacances Scolaires

8h30-17h30

Garderies

7h30-8h30 / 17h30-18h30

Vacances Scolaires

8h30-17h30

Nom & prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : ____/____/____ Âge : _____

Adresse _____

Nom & prénom du responsable 1

_____ ☎ _____

Adresse email _____ @ _____

Nom & prénom du responsable 2

_____ ☎ _____

Adresse email _____ @ _____



Pièces à fournir obligatoirement

- Justificatif de domicile de moins de 3 mois (factures électricité ou téléphone ou eau ...)
- Notification CAF ou dernier avis d'imposition
- Fiche sanitaire de liaison ci-contre, remplie

N° allocataire CAF _____

Quotient Familial = _____ €

Autorisation de sortie

Je soussigné.e Madame, Monsieur _____

autorise mon enfant à partir seul OUI NON

Si NON, voici les personnes autorisées à venir le chercher (merci de noter le lien de parenté : grands-parents, oncle, tante, ami...) :

Je dégage la responsabilité de l'Accueil de Loisirs avant et après les heures d'ouverture.

NOMS Prénoms	Lien de parenté	n° Téléphone

Droit à l'image

Je soussigné.e Madame, Monsieur _____

- Déclare autoriser l'Accueil de Loisirs à utiliser les photographies/vidéos de mon.mes enfant.s
- Déclare refuser que mon.mes enfant.s soi.en.t photographié.s dans le cadre de l'Accueil de Loisirs.

Pour toute modification d'adresse postale ou email, de coordonnées téléphoniques ou de votre Quotient Familial, merci d'informer l'accueil du Centre Social au 04.26.38.40.20. ou à l'adresse email suivante : centresocial@laverpilliere.eu

REGLEMENT INTERIEUR

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil Collectif des Mineurs et m'engage, sans réserve à le respecter. Fait à _____, le _____

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2021

1 – LE MINEUR

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARCON FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2020. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

2 – **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DE DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Méningocoque C	
				Pneumocoque	
				Autres (préciser)	

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.

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

Allergies : ASTHME oui non ALIMENTAIRES oui non MEDICAMENTEUSES oui non
AUTRES _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

Votre enfant mange-t-il du porc ? oui non
Votre enfant mange-t-il de la viande ? oui non