

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 :

2021

Les A.C.M



3-10 ans "La Ferme Joly" et 11-15 ans

Dossier d'Inscription **A**ccueils **C**ollectifs de **M**ineurs «Nouvelle famille»

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____ sexe : F M

Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance : _____ Age : _____ ans

Adresse complète de l'enfant : _____

RESPONSABLE 1

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Union Libre

Nom : _____

Prénom : _____

Nom de Jeune fille : _____

Date de naissance : _____

Adresse complète : _____





_____ (obligatoire)

Adresse e-mail (Obligatoire pour recevoir les documents via le Portail Famille)

_____@_____

Profession _____

Professionnel _____

Professionnel _____

RESPONSABLE 2

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Union Libre

Nom : _____

Prénom : _____

Nom de Jeune fille : _____

Date de naissance : _____

Adresse complète (si différente du responsable 1) : _____





_____ (obligatoire)

Adresse e-mail : (Obligatoire pour recevoir les documents via le Portail Famille)

_____@_____

Profession _____

Professionnel _____

Professionnel _____

DOCUMENTS à FOURNIR

Justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture électricité, téléphone, eau...)

PERSONNES à CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOMS	Téléphone fixe	Téléphone mobile	Lien de parenté

RENSEIGNEMENTS CAF

Numéro d'allocataire CAF : _____

Quotient familial : _____ au ____/____/____

Pièces à fournir obligatoirement : notification CAF OU Dernier Avis d'Imposition + montant des prestations familiales

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...) :

NOMS Prénoms	Lien de parenté	n° Téléphone

GARDERIE

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

Mon enfant participera à la garderie du MATIN (7h30 à 8h30) OUI NON

Mon enfant participera à la garderie du SOIR (17h30 à 18h30) OUI NON

Autorisation Parentale pour l'usage de photographies/vidéos

Je soussigné(e) Madame, Monsieur _____

Déclare autoriser l'Accueil Collectif des Mineurs 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 Collectif des Mineurs .

RESPONSABILITES

Je soussigné.e Madame, Monsieur _____

Père Mère Tuteur de l'enfant : _____

1. Autorise l'enfant à participer à toutes les activités de l'Accueil Collectif des Mineurs (ACM).
2. M'engage à régler sa participation sous 15 jours à réception de la facture.
3. Dégage l'ACM de toutes responsabilités en cas de perte ou de vols d'objets personnels apportés par l'enfant.
4. Autorise la Responsable de l'ACM à prendre sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident, toutes mesures d'urgence.

Je confirme la présente inscription et certifie exacts les renseignements donnés.

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

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Fait à _____

Signature

le _____



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 AIGÜ	
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