

**ACCUEIL 12 -17 ANS
DU 17 AU 28 AOÛT 2020
« PLAN QUARTIER ETE ETAT 2020 »
De 14h00 à 18h00**

PHOTO

LE JEUNE

Nom
Prénom
Age

Scolarisé à
Nationalité

Ville de

Sexe Masculin Féminin

Date et lieu de naissance

PARENTS

Père
Nom
Prénom
Adresse

Numéros de téléphone domicile et portable
Profession

Mère
Nom
Prénom
Adresse

Numéros de téléphone domicile et portable
Profession

Numéro d'immatriculation à la Sécurité Sociale
Numéro d'immatriculation à la C.A.F
Numéro d'allocataire C.A.F

En cas de séparation, qu'elles sont les modalités de garde (joindre la copie du jugement, garde alternée...)

« SI PLACEMENT EN FAMILLE D'ACCUEIL »

Assistante familiale

Nom
Prénom
Adresse

Numéros de téléphone domicile et portable.....

Dans l'urgence

Médecin traitant

Nom

Adresse

Téléphone

En cas d'accident grave :

***J'autorise** la directrice de l'Accueil de Loisirs à prendre les mesures d'urgence qui s'imposent pour votre enfant (**Appel des parents et Avertir le pompiers**)

Oui

Non

Personne à joindre

Nom

Prénom

Adresse

Numéro de téléphone

La responsabilité des animateurs ne saurait être engagée en cas d'absence des parents après 18h00.

Afin d'éviter tout incident, veuillez je vous prie, préciser les conditions dans lesquelles l'animateur peut libérer votre enfant à 18h00.

Merci

Le jeune repart-il seul ?

Oui

Non

Si non, veuillez indiquer les noms et prénoms de la ou les personnes chargée(s) de reprendre l'enfant

NOM :

PRENOM

Téléphone

NOM :

PRENOM

Téléphone

NOM :

PRENOM

Téléphone

L'Accueil de Loisirs Municipal dégage toute responsabilité en cas de perte ou vol ou détérioration du matériel prêté entre les enfants. (Bijoux, argent, jeux électroniques, vélos...).

J'accepte la prise de photos ou/ et de vidéo?

Oui

Non

A Montigny en Ostrevant, le

Signature du responsable légal

ACCUEIL DE 14H00 à 18H00.

Tarif : 1 euro par séance soit 10 euros pour les 10 après- midis
Le paiement doit être effectué au dépôt du dossier

Merci de déposer le DOSSIER COMPLET avec les documents demandés, avant le 28 juillet 2020
Auprès de Fabienne Service Enfance Jeunesse
06.86.55.51.03

Documents à fournir

Attestation d'assurance extra-scolaire couvrant l'été 2020
La fiche de liaison sanitaire remplie
La copie du carnet de vaccinations
La photo d'identité
Un justificatif de domicile de moins de 3 mois
Le livret de famille
Le dossier d'inscription complet

LES REGLES DE L'ACCUEIL DE LOISIRS

Votre enfant devra respecter les règles de sécurité, de distanciation sociale, le protocole sanitaire et les consignes de l'animateur.

Sanction en cas de non respect de la loi :

Le non respect de l'animateur ainsi que la dégradation des lieux, justifie un passage au bureau de la direction.

Tout jeune qui mettra en danger son groupe et ne respectera pas l'animateur sera renvoyé de l'Accueil de Loisirs pour une durée déterminée avec les parents.

Le Maire ou un représentant municipal ainsi que les parents seront prévenus de la suite.

Le vol sera automatiquement sanctionné.

Sera aussi sanctionné toute violence de la part d'un animateur : mise en danger d'un enfant, manque de respect des règles de sécurité, non cohérence avec le projet pédagogique.

Le renvoie de l'Accueil de Loisirs

Danger pour les autres

Non respect des consignes de sécurité

Vol

Violence verbale et physique

Deux activités seront proposées par après- midi

Dans un sac à dos prévoir :

- ✓ Une paire de chaussures de sports propre (pour l'utilisation en salle).
- ✓ Deux tee-shirts propres (un pour chaque activité).
- ✓ Bouteilles d'eau.

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

NOM :	PRENOM :
-------	----------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Animation Jeunesse. Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical ? 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 DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

- ASTHME Oui Non
- ALIMENTAIRES Oui Non
- MEDICAMENTEUSES Oui Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (Si automédication le signaler)**.

.....

.....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? Oui Non

.....

.....

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

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

.....

.....

4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : PRENOM :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL : TEL PORTABLE

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) :(OBLIGATOIRE)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL