



Mercredi 2 dec - **Mercredi 9 dec** (Entourez les jours de présence)

VOTRE ENFANT

Nom : Prénom :
Date de naissance: N° sécurité social :
Adresse:
Code Postal: Ville:

RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal 1

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal :
Ville :
☎ :
💻 :

Responsable légal 2

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal :
Ville :
☎ :
💻 :

ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES

Vous souhaitez inscrire votre enfant aux services suivants :

Demi-journée de 13h30 à 17h30

TARIFS/JOURNEE	Journée	Demi-journée
ADHÉRENT	41€ 5€	3€
NON- ADHÉRENT	15€	8€

Option aide aux devoirs (inclut dans le tarif)

Votre enfant bénéficie d'un temps encadré dédié au travail scolaire.

*En raison de l'arrêt de nos activités durant le confinement, un tarif exceptionnel est proposé aux adhérents.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné

Responsable légal 1 / Responsable légal 2 (rayer la mention inutile)

Autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des différentes activités périscolaires et décharge l'association de toute responsabilité.

N'autorise pas mon enfant à rentrer seul et autorise les personnes ci-dessous (*préciser NOM et prénom des personnes habilitées*) à prendre en charge mon enfant.

Personne 1 : N° téléphone :
Personne 2 : N° téléphone :
Personne 3 : N° téléphone :

J'autorise les encadrants à photographier mon enfant dans le cadre de « l'accueil périscolaire » et les diffuser sur les différents supports de communication de l'association. (site internet, réseaux sociaux ...)

Limoges, le ___ / ___ / ___

Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1. L'ENFANT

Nom - Prénom : _____

Date de Naissance : _____

Garçon Fille

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

Joindre obligatoirement les copies du carnet de vaccination

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins Recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

Attention : Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de loisirs ? Oui Non

Si oui, **joindre une ordonnance récente ainsi qu'une décharge du responsable légal et les médicaments correspondants** (*boîtes de médicaments dans leurs emballages marqués au nom de l'enfant avec la notice*)

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE À JOUR.

ALLERGIES	Asthme	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Médicamenteuses	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Alimentaires	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Autres (<i>précisez</i>):		

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

Attention : fournir obligatoirement le justificatif médical décrivant l'allergie et la conduite à tenir

Indiquez ci-après :

- Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre :

- Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier : Oui Non

Si oui, précisez : _____

- Autres recommandations (ex: qualité de la peau, crème solaire, bonnet de bain ...):

Pour les enfants non-adhérents à l'association, nous vous informons de l'intérêt à souscrire à une assurance complémentaire couvrant les éventuels dommages corporels de votre enfant dans le cadre du centre de loisirs. Celle-ci n'est cependant pas obligatoire.