

# ACCUEIL DE LOISIRS EXTRASCOLAIRE

## Maison des jeunes

Années 2022-2023-2024

Renseigner une fiche par enfant

Lieu du site d'accueil extrascolaire		
<input type="checkbox"/> Percy	<input type="checkbox"/> Saint Pois	<input type="checkbox"/> Villedieu les Poêles

Renseignements relatifs à l'enfant fréquentant l'accueil périscolaire	
Nom de l'Enfant :	Prénom :
Date de naissance :	

Renseignements relatifs au(x) responsable(s) légal(aux) de l'enfant		
Père	Mère	Autre
Nom:	Nom:	Nom :
Prénom:	Prénom:	Prénom :
Adresse:	Adresse:	Adresse :
Ville: Code Postal:	Ville: Code Postal:	Ville : Code Postal:
Profession :	Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :	Employeur :

Coordonnées téléphoniques, courriel	
Téléphone (domicile) : - - - -	Portable (mère) : - - - - Portable (père) : - - - -
Téléphone (travail mère) : - - - - Téléphone (travail père) : - - - -	Courriel : @

Caisse d'Allocation Familiale ou Mutuelle Sociale Agricole ou Autre(s) - (Fournir le justificatif)	
N° Allocataire CAF : ou MSA : ou Autres :	pour CAF <input type="checkbox"/> Quotient familial < à 475€ <input type="checkbox"/> 476€<quotient familial <595€ pour MSA <input type="checkbox"/> Carte Loisirs A <input type="checkbox"/> Carte Loisirs B

❖ Personnes à prévenir, en plus des parents ou du responsable légal, en cas d'urgence	
Nom et Prénom :	Tél :

Certifie et reconnais les informations exacts à la date du : **en cas de modification(s) merci de bien vouloir notifier le ou les changement(s) à l'endroit où les informations sont inexactes**

Date :	Date :	Date :
Signature	Signature	Signature

## ACCUEIL DE LOISIRS EXTRASCOLAIRE

### Maison des jeunes

<b>❖ Autorisation de soin / Urgence</b>
<p>Je (nous) soussigné(s) le(s) tuteur(s) légal(aux) de l'enfant autorise(ons) le responsable de l'accueil de loisirs à transporter l'enfant dans un véhicule et à lui faire donner, le cas échéant, tous les soins et toutes les mesures : traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale, rendues nécessaires par l'état de l'enfant.</p> <p><b>Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques éventuels occasionnés par la prise en charge de mon enfant.</b></p>
<b>❖ Autorisation pour les activités</b>
<p>Je(nous) soussigné(s) le(s) tuteur(s) légal(aux) déclare(ons) avoir pris connaissance du contenu (programmes activités de l'accueil de loisirs), de la nature des activités (physiques et sportives, culturelles, de loisirs et d'éveil), de l'organisation (des activités sur l'accueil, des activités à l'extérieur de l'accueil : sorties, séjours...) et du transport par car (ramassage pour se rendre à l'accueil de loisirs et sur les lieux d'activités) organisés par l'accueil de loisirs et autorise(ons) l'enfant à y participer. J'ai bien noté que les activités, sorties, séjours... peuvent être annulées en fonction des conditions météorologiques, par le manque de participants....</p>
<b>❖ Assurance</b>
<p>Je(nous) soussigné(s) le(s) tuteur(s) légal(aux) déclare(ons) être informé(s) de l'intérêt à souscrire une assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels l'enfant peut-être exposer lors des activités pratiquées et dans le cas où son assurance ou assurance scolaire ne couvrirait pas les activités pratiquées (Art.L.227-5 du code de l'action sociale et des familles).</p>
<b>❖ Diffusion de photos</b>
<p><input type="checkbox"/> J'autorise la diffusion des photos qui ont été et seront prises de mon enfant lors des activités de l'accueil. Ces photos pourront alors figurer sur les plaquettes de l'accueil de loisirs, faire l'objet d'expositions, d'articles de presse ou être utilisées pour le site internet, ceci dans le cas où ces photos ainsi que les légendes, ou commentaires accompagnant ces publications ne porteront pas atteinte à sa dignité, sa vie privée et sa réputation. Cette autorisation est valable sans limite de durée.</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis opposé à ce que l'image de mon enfant soit utilisée.</p>
<b>❖ Départ des enfants de l'accueil extrascolaire</b>
<p><input type="checkbox"/> J'autorise mon enfant à rentrer seul à la maison à l'heure de fermeture de l'accueil extrascolaire. <b>Si mon enfant doit partir exceptionnellement avant la fermeture, je m'engage à fournir préalablement une décharge écrite au responsable de l'accueil extrascolaire.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Je n'autorise mon enfant à rentrer à la maison que s'il est accompagné de (nom, téléphone) :..... ..... <b>et je donnerai, en cas de modification, par écrit au responsable du site d'accueil l'identité d'une nouvelle personne.</b></p>
<b>❖ Règlement du fonctionnement de l'accueil extrascolaire</b>
<p>Je soussigné(e)....., responsable légal, atteste avoir reçu ce jour un exemplaire du règlement intérieur de l'accueil de loisirs extrascolaire, modifié par délibération du conseil communautaire, le 25 juin 2014. Je certifie en avoir compris les termes et les accepte sans réserve.</p>

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique en vue de la gestion des inscriptions, de l'établissement des facturations et/ou de titres de recettes destinés aux bénéficiaires des services de l'accueil de loisirs (activités, séjours, garderies périscolaires...). Les destinataires de ces données sont Villedieu Intercom, la trésorerie principale de Villedieu. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à la direction du Pôle jeunesse de Villedieu Intercom.*

Le :

Signature :

# ACCUEIL DE LOISIRS EXTRASCOLAIRE

## Maison des jeunes

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT.  
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.**

**1. VACCINATIONS (SE REFERER AU CARNET DE SANTE OU AUX CERTIFICATS DE VACCINATIONS DE L'ENFANT ET FOURNIR LA PHOTOCOPIE).**

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 MEDICAL DE CONTRE-INDICATION –  
ATTENTION LE VACCIN ANTITETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**2. 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 AT-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	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	OREILLONS	
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       MÉDICAMENTEUSES      OUI  NON   
                          ALIMENTAIRES      OUI  NON       AUTRES .....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

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

# ACCUEIL DE LOISIRS EXTRASCOLAIRE

## Maison des jeunes

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENTS, 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 LENTILLES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**  
**COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

Villedieu Intercom – service jeunesse  
11 rue Pierre Paris  
50800 Villedieu-les-Poêles-Rouffigny  
02.33.90.17.90

### OBSERVATIONS

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