



Accueil de Loisirs ADOS

05.53.01.47.48
07.57.54.21.15

jrobert@cc-dufumelois.fr



Chantiers Jeunes

05.53.01.47.48

fseyral@cc-dufumelois.fr

INFORMATIONS ADHERENT									
NOM				Prénom				Date de naissance	/ /
								Sexe	F / M
ETABLISSEMENT SCOLAIRE									
AUTORISATIONS DE SORTIE									
SORTIE DU SOIR					SORTIE PENDANT LES HEURES D'ACCUEIL				
Mon enfant peut rentrer seul à la maison à la fin des activités.					Mon enfant peut s'absenter pendant les heures d'accueil (RDV, Repas du midi,...)				
OUI	NON	Signature				OUI	NON	Signature	
INFORMATIONS MEDICALES									
Médecin traitant							Vaccinations à jour: OUI NON		
OBSERVATOINS MEDICALES									
						PAI			
						Allergie alimentaire			
						Allergie médicamenteuse			
INFORMATIONS FAMILLE									
ADULTE 1 (Responsable légal)					ADULTE 2				
NOM					NOM				
Prénom					Prénom				
Adresse					Adresse				
	Domicile					Domicile			
	Portable					Portable			
	Travail					Travail			
Employeur					Employeur				
Situation Familiale	Célibataire - Marié(e) - Divorcé(e) - Vie Maritale				Situation Familiale	Célibataire - Marié(e) - Divorcé(e) - Vie Maritale			
Régime Allocataire	CAF	MSA	AUTRE	N° Allocataire				QUOTIENT FAMILIAL	
Personnes autorisées à venir chercher l'adhérent	NOM								
	NOM								
La ou les personnes signataires de cette fiche de renseignements donnent leur consentement au traitement de leurs données personnelles dans le strict respect du RGPD.									
SIGNATURE(S)									

FUMEL VALLÉE DU LOT

34, Avenue de l'Usine - BP 10037 - 47502 FUMEL CEDEX - Tél. : 05 53 40 46 70 - Fax : 05 53 71 35 16

www.fumelvalleedulot.com

AUTORISATIONS PARENTALES	
Je, soussigné, Mme / M.	
Cocher les cases si autorisation	
☐	Autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par le service et autorisées par la réglementation.
☐	Autorise les responsables à prendre toute mesure qu'ils jugeraient utile au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents.
☐	Autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport proposés par le service.
☐	Autorise l'équipe pédagogique à prendre des images de mon enfant. Ces images pourront être utilisées sur des supports internes, internet ou presse.

 DOCUMENTS A FOURNIR POUR LES DEUX SERVICES	
☐	CARTE VITALE
☐	ATTESTATION D'ASSURANCE
☐	FICHE SANITAIRE
☐	PHOTO D'IDENTITE
 DOCUMENTS A FOURNIR POUR LES CHANTIERS JEUNES	
☐	LETTRÉ DE MOTIVATION
☐	CONTRAT D'ENGAGEMENT
☐	REGLEMENT FRAIS D'INSCRIPTIONS - 8,00€
 DOCUMENTS A FOURNIR POUR L'ALSH ADOS	
☒	ADHESION ANNUELLE - 20,00€ (à régler en fin de mois)
☐	ATTESTATION DE QUOTIENT FAMILIAL
☐	RENCONTRE FAMILLE - ADHERENT- DIRECTEUR

RENCONTRE FAMILLE - ADHERENT- DIRECTEUR			
DATE		LIEU	
SIGNATURES			
FAMILLE	ADHERENT	DIRECTEUR ALSH ADOS	

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

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

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

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

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

FUMEL VALLÉE DU LOT

34, Avenue de l'Usine - BP 10037 - 47502 FUMEL CEDEX - Tél. : 05 53 40 46 70 - Fax : 05 53 71 35 16

www.fumelvalleedulot.com

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non
.....
.....
.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énorésie nocturne, etc...

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

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL
TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL
TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

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 de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :