



**Fiche d'inscription**  
Accueil de loisirs sans hébergement  
Communauté de Communes  
du Plateau de La Chaise- Dieu

**Identité de l'enfant :**

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance:

Garçon  Fille

**La Famille :**

Nom des parents ou du tuteur légal : .....

Prénoms : .....

Adresse:

Téléphone famille :

Téléphone travail :

Portable :

Nombre de frères et soeurs

Prénoms : âge :

Je soussigné .....

Père  Mère  Tuteur légal

autorise  Mon fils .....

Ma fille .....

à participer aux activités de l'Accueil de Loisirs sans hébergement.

Ces activités se dérouleront aussi bien en extérieur que dans les salles polyvalentes des communes. Les enfants seront pris en charge par l'équipe d'animation à partir de 13h30 et jusqu'à 18h30. Les activités se dérouleront de 14h à 18h.

Les enfants établiront ensemble des règles de vie en collectivité et s'y conformeront.

J'autorise le responsable de l'Accueil de Loisirs à prendre toute décision nécessaire à la sécurité de

mon fils .....  ma fille .....

Sans autorisation écrite des parents ou tuteurs, les enfants ne pourront quitter l'accueil de loisirs que s'ils sont accompagnés d'un responsable légal.

Le transport sera organisé par les familles.

J'autorise l'Accueil de Loisirs à utiliser l'image de

mon fils .....  ma fille .....

pour la promotion de cette structure ( presse, exposition...)

**Pièces à fournir, lors de l'inscription:**

- Fiche d'inscription et fiche sanitaire complétées
- N° allocataire CAF ou MSA
- Copie de la carte vitale
- Copie du certificat d'assurance périscolaire

Fait à Le

Signature du représentant légal



Communauté de Communes  
du Plateau de la Chaise-Dieu

## Fiche sanitaire de liaison Accueil de loisirs sans hébergement

### Identité de l'enfant :

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance:

**Compléter le tableau de vaccinations ci-dessous, ou fournir copie de la page vaccinations du carnet de santé.**

Pour les enfants non vaccinés, joindre certificat médical ou courrier explicatif.

Tableau de vaccinations	
Vaccins obligatoires	Date des derniers rappels
DT polio ou Tetracoq BCG	
Vaccins recommandés	
Hépatite B Rubéole- Oreillons- Rougeole Coqueluche Autres (preciser)	

### Médecin à contacter en cas de nécessité :

Dr :

Adresse :

Téléphone :

### Centre hospitalier ou adresser mon enfant en priorité :

Adresse :

Téléphone :

### Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?		
Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Varicelle <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

### Votre enfant souffre t-il d'allergies?

Asthme  oui  non Médicamenteuses  oui  non  
Alimentaires  oui  non Autres  oui  non

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

Votre enfant suit-il un traitement médical?  oui  non

Si oui, lequel? (joindre copie ordonnance médicale).

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) et les dates et précautions à prendre :

Votre enfant porte-t-il  des lentilles,  des lunettes,  des prothèses auditives,  des prothèses dentaires  autres.....

Je soussigné,..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature

### Pièces à joindre:

- Copie des ordonnances des traitements médicaux en cours.
- Certificat médical de non contre-indication à la pratique d'activités physiques.