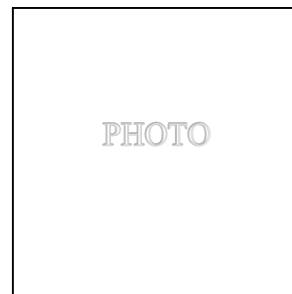


DOSSIER CENTRE DE LOISIRS DE CRUAS



NOM : **Prénom** :

Date et lieu de naissance :

Sexe : M F **Taille** : **Poids** :

Domicile habituel :

Commune : **Tél. domicile** :

Adresse :

(Si besoin préciser si l'enfant vit chez : le Père ou la Mère)

E.mail :

Nom Prénom du père : Port. :

Travail

Nom Prénom de la mère : Port. :

Travail

En vacances chez :

Ecole : **Classe** :

L'enfant sait-il nager ? OUI - NON Si oui quelle distance ?

Qui exerce l'autorité parentale ? PERE - MERE - TUTEUR

L'enfant a-t-il des frères et sœurs : OUI - NON

Prénoms et âges

N° sécurité sociale : Centre de :

Nom Adresse Mutuelle :

Je soussigné (e) M. Mme (Nom - Prénom)

qualité père, mère, tuteur (1) *Rayer les mentions inutiles*

déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs de CRUAS.

Date :

Signature des parents :

Réservé à la Mairie

Adresse facturation : Domicile - Père - Mère

Tr :

.....

Saisi :

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION

Je soussigné **Docteur en médecine**, certifie
que l'enfant ne présente aucun signe de contre-
indication médicale à la pratique des activités de loisirs en centre de vacances :

CYCLOTOURISME	BAIGNADES	Canoë Kayak et disciplines associées
SPORTS COLLECTIFS	EQUITATION	Alpinisme- Canyoning
RANDONNEES PEDESTRES	VOILE	Plongée Subaquatique
PLANCHE A VOILE	ESCALADE	Activités de loisirs motorisés
SPELEOLOGIE	SKI	Tirs avec armes à air comprimé
SPORTS DE COMBAT	MOTO	Parcours Acrobatiques en hauteur
	AVIRON	

(Certaines activités ne sont proposées qu'aux plus grands)

Date :

Cachet et signature

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET ALLERGIE

L'enfant suit-il un traitement médical particulier et/ou présente-t-il une allergie alimentaire ? **OUI - NON** *Rayer les mentions inutiles*

Si oui lesquels :

.....
.....

Si oui, vous devez impérativement fournir un certificat médical afin d'établir un **Projet d'Accueil Individualisé** sous réserve d'acceptation de la restauration collective et de la commune d'accueil de l'enfant.

Observations éventuelles :

.....
.....

Date :

Signature des parents :



LIBERTÉ • ÉGALITÉ • FRATERNITÉ
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DE LA VILLE,
DE LA JEUNESSE
ET DES SPORTS

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

1 - VACCINATIONS (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants

(boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	VARICELLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ANGINES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES ARTICULAIRE AIGU NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	SCARLATINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OTITE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHMES OUI NON MÉDICAMENTEUSES OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES _____

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

P.A.I. (Projet d'accueil individualisé) en cours ? OUI NON (joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISE CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS A PRENDRE.**

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement) :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : OUI NON

DES LUNETTES : OUI NON au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHESES AUDITIVES : OUI NON au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHESES ou APPAREIL DENTAIRE : OUI NON au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRECISEZ : (ex : qualité de peau, crème solaire)

4 – AUTORISATIONS :

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : OUI NON

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : OUI NON

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : OUI NON

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (pendant la période du séjour) : _____

N° TÉL FIXE : _____ PORTABLE : _____ TRAVAIL : _____

NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT : _____

Je soussigné, _____ responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

DATE :

Signature :



Accueil de loisirs de Cruas

AUTORISATION PARENTALE DE SORTIE

Je soussigné (e) M. Mme (Nom - Prénom)

qualité père, mère, tuteur Rayer les mentions inutiles

autorise mon enfant (Nom - Prénom)

➤ **à quitter le centre accompagné(e) des personnes ci-dessous :**

<u>Nom - Prénom</u>	<u>Lien de Parenté/ou autre</u>
- M. Mme
- M. Mme
- M. Mme
- M. Mme
- M. Mme

OU

➤ **à quitter seul(e) le Centre de Loisirs**

à 12 h

à partir de 17 h

à 18 h

Date :

Signature des parents :

L'enfant ne pourra être confié par le Directeur du Centre aux parents ou à toute autre personne que sur demande écrite et signée des (ou du) responsable (s) légal (s) de l'enfant, qui déchargeront le Directeur de toute responsabilité.



Accueil de loisirs de Cruas

AUTORISATION PARENTALE POUR LA DIFFUSION D'IMAGES

Je soussigné (e) M. Mme (Nom - Prénom)
qualité père, mère, tuteur Rayer les mentions inutiles

autorise le centre de loisirs de Cruas à photographier et à filmer
mon enfant (Nom, Prénom).

Ces images pourront être diffusées par l'intermédiaire :

- d'un article de presse
- d'un blog ou d'un site internet
- d'un film
- et tout autre support

Je renonce expressément à me prévaloir d'un quelconque droit à l'image et à toute action à l'encontre du centre de loisirs, qui trouverait son origine dans l'exploitation de ces images, totale ou partielle.

Cette autorisation est valable de façon indéterminée.

OU

n'autorise pas le centre de loisirs de Cruas à photographier et à filmer
mon enfant (Nom, Prénom).

Date :

Signature des parents :