



Accueil de loisirs Les Angles

10 rue des Tennis - 66210 LES ANGLES

 06.89.56.58.75 Mail : loisirslesangles@capcir-pyrenees.com

Dossier d'inscription Année scolaire 20 -20

L'enfant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Fille Garçon

Lieu de naissance :

Adresse :

Votre enfant fait il la sieste ? :

Oui Non

Responsable de l'enfant :

	Père	Mère
Nom, Prénom		
Adresse mail		
Profession		
Employeur		
Adresse		
N° tel domicile		
N° tel professionnel		
N° tel portable		
Situation familiale		
Responsable légal de l'enfant		

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence :

-
-
-

Autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant :

-
-
-

Nombre d'enfants dans la famille :

N° de sécurité sociale de l'assuré (auquel est rattaché l'enfant) :

N° d'allocataire CAF/MSA :

Merci de fournir une attestation du QF familial de la CAF/MSA.

Assurance :

N° de police :

La Communauté des communes adhère au système informatique proposé par la caisse d'allocations familiales des Pyrénées Orientales qui, après autorisation des familles, permet de consulter directement les éléments de votre dossier d'allocations familiales nécessaires à l'exercice de notre mission.

La Communauté des communes s'engage à la confidentialité de ces informations qui ne seront utilisées que dans le cadre du calcul du quotient Familial.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous rappelons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations. Dans ce cas il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier.

Autorisation de consulter CAFPRO :

Oui Non



Autorisations diverses

Je soussigné(e)

responsable de l'enfant,

autorise mon enfant, à participer à la vie du centre, aux activités proposées sur la structure et à l'extérieur de la structure : **Oui** **Non**

Piscine : **Oui** **Non**

Bowling : **Oui** **Non**

Patinoire : **Oui** **Non**

Vélo : **Oui** **Non**

Luge : **Oui** **Non**

Equitation : **Oui** **Non**

autorise mon enfant à être filmé, photographié et enregistré (son et image): **Oui** **Non**

autorise l'accueil de loisirs à utiliser l'image de mon enfant sur le site internet de la Communauté de Communes Pyrénées Catalanes: **Oui** **Non**

autorise mon enfant mineur de plus de 10 ans, à quitter l'accueil de loisirs seul: **Oui** **Non**



Fiche sanitaire

Les vaccinations :

Votre enfant doit être à jour des vaccinations obligatoires. (Fournir une copie du carnet de santé).

L'enfant suit-il un traitement médical : **Oui** **Non**

Si oui, fournir l'ordonnance et les médicaments correspondants, aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée.

Nom du médecin traitant :

Numéro de téléphone :

Maladies infantiles :

Votre enfant a-t-il eu des maladies infantiles ?

Rougeole : **Oui** **Non**

Coqueluche : **Oui** **Non**

Oreillons : **Oui** **Non**

Rubéole : **Oui** **Non**

Scarlatine : **Oui** **Non**

Varicelle : **Oui** **Non**

Allergies :

Asthme : **Oui** **Non**

Allergies cutanées : **Oui** **Non**

Allergies alimentaires : **Oui** **Non**

Allergies médicamenteuses : **Oui** **Non**

En cas d'allergie, préciser la cause et la conduite à tenir puis fournir le protocole avec trousse d'urgence (PAI) :

Indiquer ici les autres difficultés de santé et précaution à prendre :
(Maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

Recommandations utiles signalées par les parents : (l'enfant porte t'il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, un appareil dentaire, problème de propreté ...) :

Je soussigné(e),
responsable de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure ou du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. En cas d'hospitalisation, l'enfant sera conduit à l'hôpital le plus proche ou CHU de votre choix
sous réserve d'acceptation du centre 15.

Observations particulières : (Que vous jugerez utiles de porter à notre connaissance)

Scolarisation :

Ecole Institution (IME, IEM, IES, ITEP...) A domicile

Dispositif :

Aucun AVS ULIS SAPAD Autres

Nom de l'Ecole ou de l'Institution :

Type de Suivi :

Aucun PMI CAMSP CMP CMPP

Hôpital de Jours SESSAD Autres

Les familles ayant indiqué que leur enfant bénéficie d'un dispositif de scolarisation et/ou d'un suivi de leur enfant, seront invitées à rencontrer la responsable du service scolaire et le service Hand'avant 66*. Toute famille prenant rendez-vous, pourra également s'entretenir avec un responsable de l'accueil pour préparer, respecter et adapter, le projet d'accueil mis en place avec et pour l'enfant.

*Service Hand'avant 66 : Facilite l'accueil des enfants à besoins particuliers – Accompagne et Sensibilise les équipes [04.68.55.93.69](tel:04.68.55.93.69).

Je soussigné(e),
l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir la structure de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation professionnel, situation familiale...)

atteste sur l'honneur,

Date :

Signature :