


Identité de l'enfant

Nom :Prénom :

Adresse complète :

.....

Fille / Garçon - Né(e) le

Ecole :Classe :

N° de Sécurité Sociale

Nom de la mutuelle :

N° de mutuelle :

Régime général et fonctionnaire Régime Agricole

N° d'allocataire CAF ou MSA :

En cochant cette case, je donne mon accord pour que la direction des P'tits Dynamiques accède à certaines informations contenues dans mon compte allocataire CAF grâce au compte partenaire CDAP. En cas de refus, merci de fournir une notification de quotient familial.

Identité responsable légal

	Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom & Prénom		
Tel. domicile		
Tel. portable		
Tel. professionnel		
E-mail *pour envoi des factures		

Garde alternée

Personne à prévenir en cas d'urgence – si différent des parents

Nom & Prénom	Adresse	Téléphone	Lien avec l'enfant

Tiers autorisé à prendre en charge l'enfant

Nom & Prénom	Adresse	Téléphone	Lien avec l'enfant

*Présentation pièce d'identité, obligatoire, le parent doit en informer les tiers autorisés.

Droit à l'image :

Autorise la publication au sein de l'accueil : ateliers, activités photos/vidéos Oui Non
 Autorise la publication extérieure : site internet, presse, Facebook Oui Non

Autorisation baignade :

Autorise mon enfant à se baigner en piscine, à la mer (sorties exceptionnelles) Oui Non
 Mon enfant sait nager Oui Non

Autorisation de sortie

Autorise mon enfant de plus de 10 ans à quitter seul l'accueil de loisirs :
 Oui, à partir deh..... Non

Pièces nécessaires pour constituer un dossier complet (merci de ne pas cocher les cases ci-dessous)

- 1 Photo (collée sur ce document)
- Fiche sanitaire de liaison complète
- Copie du Carnet des vaccinations
- Attestation CAF ou MSA avec Quotient Familial à jour
- Attestation d'assurance
- Justificatif de domicile
- RIB si vous souhaitez que vos factures vous soient prélevées

Documents complémentaires demandés par la directrice lors de l'inscription

- PAI à jour et médication éventuelle de l'enfant
- Attestation de paiement AEEH (*Si enfant reconnu en situation de handicap*)

Tout dossier d'inscription incomplet ne sera pas traité.

Fait à :	Le :	Signature responsable légal :
Dans le cadre de l'application du Règlement Général de Protection des Données, dit «RGPD», est porté à votre connaissance que la collecte de vos données personnelles est strictement nécessaire à la gestion du service auquel vous souscrivez. Le service s'interdit d'utiliser les données personnelles pour toute autre finalité que celle(s) strictement nécessaire(s) à la gestion du service. Vous avez le droit d'accès et le droit de rectification des données transmises en contactant la direction de l'accueil de loisirs.		

CADRE RESERVÉ

Date de remise de la fiche sanitaire : _____

Mandat de prélèvement signé :

Identité de l'enfant

Nom : Prénom :
 Médecin traitant

VACCINATIONS (Joindre la copie du carnet de santé ou certificats de vaccination de l'enfant).

VACCINS	Préciser la date	VACCINS	Préciser la date
DTP : Anti-diphtérique Anti-tétanique Anti-poliomyélique		Contre les infections invasives à pneumocoque*	
		Contre le méningocoque de sérogroupe C*	
		ROR : rougeole, oreillons, rubéole*	
Coqueluche*		Hépatite B*	
Haemophilus influenzae de type b*		Anti-amarile (Guyane seulement)	

* Pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COQUELUCHE	OTTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<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	

L'enfant reçoit-il un traitement médical **REGULIER** pendant la durée de son accueil ? 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).

OBSERVATIONS MÉDICALES UTILES PENDANT LA DURÉE DE L'ACCUEIL/SEJOUR DE L'ENFANT

Allergie alimentaire Oui Non **Mise en place d'un PAI** Oui* Non
 La dernière réaction connue ayant eu lieu il y a plus d'un an, date :

Allergie médicamenteuse Oui Non **Mise en place d'un PAI** Oui* Non
 La dernière réaction connue ayant eu lieu il y a plus d'un an, date :

Allergie à un animal Oui Non **Mise en place d'un PAI** Oui* Non
 La dernière réaction connue ayant eu lieu il y a plus d'un an, date :

Asthme Oui Non **Mise en place d'un PAI** Oui* Non
 La dernière réaction connue ayant eu lieu il y a plus d'un an, date :

Autre PAI Oui Non **Motif** :

Cause de l'allergie et conduite à tenir :

* Joindre le PAI (Protocole Accueil Individualisé) à jour, joint de la médication éventuelle de l'enfant, visé du médecin traitant.

RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LEGAUX

L'enfant a-t-il un dossier MDPH : Oui En cours Non

L'enfant est-il reconnu en situation de handicap ? Oui* Non

* Joindre Attestation de paiement AEEH (Si enfant reconnu en situation de handicap)

Précisions sur la situation de Handicap :

Informations complémentaires :

L'enfant dispose des effets personnels suivants :

LUNETTES	LENTILLES	PROTHESES AUDITIVES	APPAREIL DENTAIRE	SEMELLE ORTHOPEDIQUE
<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si oui, indiquer les recommandations à prendre lors des activités, sorties, séjours possibles :

.....

Indiquer si l'enfant est dans la situation suivante :

Enurésie	Encoprésie	Menstruation
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si oui, indiquer les recommandations à prendre lors des activités, sorties, séjours possibles :

.....

Autres informations utiles :

.....

Je soussigné(e) responsable légal(e) de l'enfant :

- déclare exacts les renseignements portés sur la fiche d'inscription et autorise le responsable ou ses délégués à prendre, en cas d'accident, toutes décisions d'hospitalisation et intervention clinique jugées indispensables par le médecin appelé, pour notre enfant.

- assure avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs ci-joint et s'engage à le respecter.

Fait à : Le : Signature responsable légal :

Dans le cadre de l'application du Règlement Général de Protection des Données, dit «RGPD», est porté à votre connaissance que la collecte de vos données personnelles est strictement nécessaire à la gestion du service auquel vous souscrivez. Le service s'interdit d'utiliser les données personnelles pour toute autre finalité que celle(s) strictement nécessaire(s) à la gestion du service. Vous avez le droit d'accès et le droit de rectification des données transmises en contactant la direction de l'accueil de loisirs.