



# DOSSIER D'INSCRIPTION

PHOTO

Mise en application à partir de septembre 2022.

Date de l'inscription : .....

Nom (en majuscule) de l'enfant : .....

Prénom (en majuscule) de l'enfant : .....

Garçon  Fille  Commentaire libre : .....

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nationalité : .....

Je soussigné(e) M, Mme.....

Inscrit cet enfant en qualité de :

Parent  Représentant légal  Autre : .....

**Nom des représentants légaux :** .....

Adresse .....

Code postal : ..... Ville : .....

Si Rouen quel quartier : .....

	Parent – représentant légal	Parent – représentant légal
<i>Téléphone du domicile</i>		
<i>Téléphone du travail</i>		
<i>Téléphone Portable</i>		
<i>Profession</i>		
<i>Mail</i>		

Situation de famille : Rayer les mentions inutiles

Célibataire – union libre – mariés - pacsés – séparé(e) – divorcé(e) – veuf(ve)

En cas de séparation des parents, indiquer les coordonnées du deuxième parent : (Nom Prénom – Adresse complète – n° de tel)

.....  
.....

Autres contacts :

Nom : ..... Qualité.....Tél. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nom : ..... Qualité.....Tél. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

N° Allocataire C.A.F : \_\_\_\_\_ Quotient familial : \_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_//\_\_\_ Organisme : \_\_\_\_\_

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1) VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Enfant né avant 2018		Enfant né à partir de 2018	
VACCINS OBLIGATOIRES	DATES	VACCINS OBLIGATOIRES	DATES
Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)		Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)	
VACCINS RECOMMANDES	DATES	Coqueluche	
Tuberculose		Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B	
Coqueluche		Hépatite B	
Rougeole, oreillons et rubéole (ROR)		Infections invasives à pneumocoque	
Varicelle		Méningocoque de sérogroupe C	
Grippe		Rougeole, oreillons et rubéole (ROR)	
Hépatite B		VACCINS RECOMMANDES	DATES
Zona		Tuberculose	
Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B		Varicelle	
Infections invasives à pneumocoque		Grippe	
Méningocoque de sérogroupe C		Zona	
		Infection à papillomavirus humains	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

**ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION**

## 2) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?    OUI     NON

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT : .....

Si oui et dans le cadre de l'accueil de loisirs, 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) et les remettre à l'équipe de direction. *Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*

Groupe sanguin : \_\_\_\_\_    Rhésus : \_\_\_\_\_

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

RUBEOLE			VARICELLE			ANGINES			RHUMATISMES ARTICULAIRES AIGÜS			SCARLATINE		
NON		OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON		OUI

COQUELUCHE			OTITES			ROUGEOLE			OREILLONS					
NON		OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON		OUI

**ALLERGIES :**

ASTHME OUI  NON

MEDICAMENTEUSES OUI  NON

ALIMENTAIRES OUI  NON

AUTRES :

.....

**PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) OUI  NON**

*Si oui, merci de fournir les documents correspondants ainsi que les médicaments nécessaires, au plus tard le premier jour de l'Accueil de loisirs. De plus, précisez ci-dessous la conduite à tenir (Sans documents, aucun médicament ne pourra être administré par l'ALSH):*

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

**INDIQUEZ CI-APRES :**

Les difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

**POUR TOUTES ACTIVITES SPORTIVES, FOURNIR UNE CERTIFICAT MEDICAL**

**3) RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

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

.....

**Votre enfant a-t-il :**

DES TOUBLES DU COMPORTEMENT : .....

UN HANDICAP : .....

DES DIFFICULTES CONCERNANT LA VIE EN COLLECTIVITE : .....

AUTRES : .....

En cas de situation particulière, merci d'en faire part à la direction de l'accueil de loisirs

## AUTORISATIONS

### DE SORTIE :

- AUTORISE mon enfant à rentrer seul (e) de l'accueil de loisirs  
 N'AUTORISE PAS mon enfant à quitter seul de l'accueil de loisirs.

**Il devra rester à l'accueil du soir jusqu'à mon arrivée au plus tard à 18h.**

AUTORISE  
M, Mme, Melle.....qualité.....

M, Mme, Melle.....qualité.....

M, Mme, Melle.....qualité.....

à reprendre mon enfant à la sortie de l'accueil de loisirs.

**ATTENTION : JE M'ENGAGE A SIGNALER TOUT CHANGEMENT.**

### A PARTICIPER AUX ACTIVITES ET AUX SORTIES DE LA MJC :

- AUTORISE mon enfant à participer aux diverses activités et sorties de la MJC.

Remarques : .....  
.....  
.....

### PHOTOGRAPHIES ET VIDEOS :

- AUTORISE l'association à prendre des photos de mon enfant lors des activités à la MJC  
 AUTORISE l'association à faire usager (à but non lucratif) de l'image de mon enfant, notamment la publication sur les réseaux sociaux

### REGLEMENT DE L'ACCUEIL DE LOISIRS :

- J'ai pris connaissance du règlement de l'accueil de loisirs joint à ce dossier, **je m'engage à respecter les horaires du fonctionnement et l'ensemble du personnel de la MJC**

### RECOMMANDATIONS – OBSERVATIONS – DIVERSES :

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

Je soussigné, \_\_\_\_\_ responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur le dossier d'inscription et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage, le cas échéant, à signaler par écrit au directeur de l'accueil de loisirs toute modification devant être apportée à la présente fiche sanitaire de liaison en cours d'année scolaire.

DATE : .....Signature : .....