



ASSOCIATION LOISIRS JEUNESSE

Allée des Marronniers

44260 SAVENAY

02 40 56 80 70

3-9 ans : enfance@aljsavenay.fr

10-13 ans Savenay : nathan@aljsavenay.fr

10-17 ans 3 communes : constance@aljsavenay.fr

14-17 ans Savenay : nadjat@aljsavenay.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION (un dossier par enfant)

L'ENFANT

Sexe : Garçon Fille

NOM : PRENOM : DATE DE NAISSANCE :

ETABLISSEMENT SCOLAIRE :

PARENTS / RESPONSABLES LEGAUX

Situation familiale : Marié(e), vie maritale / célibataire / séparés / veuf / famille d'accueil
autre :

Père (ou autre responsable légal)

Nom : Prénom :

Adresse :

☎ Domicile 📞 Portable.....

@Mail

Profession :

Lieu de travail :

☎ Travail

Autorisé à récupérer l'enfant au centre

Personne à prévenir en cas d'accident

Mère (ou autre responsable légal)

Nom : Prénom :

Adresse :

☎ Domicile 📞 Portable.....

@Mail

Profession :

Lieu de travail :

☎ Travail

Autorisée à récupérer l'enfant au centre

Personne à prévenir en cas d'accident

AUTRES PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

Nom	Prénom	Lien	Téléphone

AUTORISATIONS

Autorise à être pris en photo / filmé dans le cadre des projets de l'accueil et figurer sur le site internet de l'association ou autre utilisation liée à l'activité de l'ALJ

Autorise le directeur de l'accueil à prendre toutes les mesures nécessaires concernant l'état de santé de mon enfant en cas d'accident

Autorise l'ALJ à utiliser mon adresse mail pour l'envoi d'informations relatives à l'accueil de loisirs et à l'ALJ

Autorise mon enfant à partir seul

CADRE RESERVE A L'ASSOCIATION

Numéro Allocataire CAF :

Dernier QF connu : € Date :

Numéro Allocataire MSA :

Dernier QF connu : € Date :

Numéro Adhérent ALJ :

Dernier QF connu : € Date :

Je soussignéresponsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche, et m'engage à respecter le règlement intérieur de l'association.

Date :

Signature :

FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT

L'ENFANT		
Nom :	Prénom :	Date de naissance :

VACCINS							
Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés	Oui	Non	Date du dernier rappel
Diphtérie				BCG			
Tétanos				Hépatite A			
Poliomyélite				Papillomavirus humain			
OU DT polio				Autre :			
OU Tétracoq							
Hépatite B							
Coqueluche							
Rubéoles Oreillons							
Rougeole							
Pneumocoque							
Meningocoque type C							
Haemophilus influenzae type B							
Nom et N° de tel de la personne à prévenir en cas d'urgence :							
Nom et N° de tel du médecin traitant :							

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE LE CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION.
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE INDICATION

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIE SUIVANTES ?					
Rubéole		Varicelle		Angine	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Rhumatisme		Scarlatine		Coqueluche	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Otite		Rougeole		Oreillons	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

ALLERGIES :

Asthme : Oui Non

Alimentaire : Oui Non

Médicamenteuse : Oui Non

Autre : Oui Non

REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE :

Oui Non.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

(si médication le signaler + prévoir une ordonnance/un PAI* pour les jours passés au centre ou pendant le séjour)

.....

.....

*(PAI Protocole d'accueil individualisé).....

INDIQUEZ LES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération) EN PRECISANT LES DATES ET PRECAUTIONS A PRENDRE

.....

.....

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS/ RESPONSABLES (port de lentilles, lunettes, prothèse auditives, ...)

.....

.....

.....

Je soussignéresponsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche, et m'engage à respecter le règlement intérieur de l'association.

Date :

Signature :