

**Accueil de Loisirs Sans hébergement  
Familles Rurales de Morangis  
VACANCES DE LA TOUSSAINT 2020  
Fiche d'Inscription**

Numéro de Carte adhérent Familles Rurales : .....

**Information concernant l'enfant :**

**Nom/Prénom** .....

**Adresse de résidence :** .....

**CP :** ..... **Ville :** .....

**Date de Naissance :** .....

**N° SS du bénéficiaire des prestations familiales :** \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

**Régime :** CAF - MSA

**Père :**

**Mère :**

**Nom :** .....

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Adresse :** .....

**CP :** .....

**CP :** .....

**Ville :** .....

**Ville :** .....

**N° Portable :** .....

**N° Portable :** .....

**N° domicile :** .....

**N° domicile :** .....

**N° bureau :** .....

**N° bureau :** .....

**Nom de l'employeur :** .....

**Nom de l'employeur :** .....

**\*E-mail :** .....

**\*E-mail :** .....

**Nombre d'enfant à charge dans votre foyer :** .....

- Minimum 1 Email à renseigner obligatoirement

**Inscription à l'ALSH votre enfant sera inscrit la :**

1<sup>ère</sup> semaine     2<sup>ème</sup> semaine     3<sup>ème</sup> semaine     4<sup>ème</sup> semaine

**Personnes habilités à reprendre l'enfant à la sortie de la structure, à la place des parents :**

**Nom/Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**CP :** ..... **Ville :** .....

**Nom/Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**CP :** ..... **Ville :** .....

**Nom/Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**CP :** ..... **Ville :** .....

Le père, la mère, le tuteur légal inscrit son enfant après avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure d'accueil. Il autorise également l'enfant désigné sur la présente fiche à participer à l'ensemble des activités proposées dans le cadre du Projet Pédagogique ainsi qu'à l'ensemble des sorties organisées par la direction du centre.

(Précédé de la mention « Lu et Approuvé »)

Fait à : .....

Fait à : .....

Le : .....

Le : .....

Signature du Père

Signature de la Mère

## Accueil de Loisirs Sans hébergement Familles Rurales de Morangis VACANCES DE LA TOUSSAINT 2020

### Autorisation Parentale

#### MEDECIN :

---

Nous, soussignés : ..... autorisons les responsables de l'ALSH Familles Rurales de Morangis à présenter l'enfant ..... à un médecin en cas de soin à donner en urgence et si nécessaire sous anesthésie.

Nous nous engageons à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Si cela est possible, nous souhaitons la **consultation du docteur** :

Nom/Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

**L'hospitalisation à** : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

**Personne à prévenir en cas de nécessité :**

Nom/Prénom : .....

Téléphone : .....

#### SORTIES/ACTIVITES/TRANSPORTS :

---

Nous autorisons également l'enfant nommé ci-dessus à :

- Participer aux activités organisées par l'association – transports compris.
- A participer aux séjours courts.
- A voyager en voiture individuelle ou par moyen de transport collectif.
- A se baigner.
- Notre enfant SAIT nager
- Notre enfant NE SAIT PAS nager

## Accueil de Loisirs Sans hébergement

### Familles Rurales de Morangis

## VACANCES DE LA TOUSSAINT 2020

### Autorisation Parentale pour photographies et Vidéos

Je soussigné : .....

Résident à l'adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

En qualité de Père / Mère / Tuteur légal :

- J'AUTORISE** Familles Rurales de Morangis à filmer, photographier, reproduire et diffuser les photographies et/ou vidéos laissant apparaître de mon enfant.....  
Diffusion sur le FaceBook de l'association et/ou sur le site web.

Cette autorisation est valable pour une durée de 3 ans à compter du 3 janvier 2020. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de ces photos et/ou vidéos ne porteront pas atteinte à la réputation ou à la vie privée de votre enfant.

- JE N'AUTORISE PAS** Familles Rurales de Morangis à filmer, photographier, reproduire et diffuser les photographies et/ou vidéos laissant apparaître de mon enfant.....  
Diffusion non autorisée sur le FaceBook de l'association et/ou sur le site web.

Fait à ....., Le .....

Signature du représentant légal

(Précédé de la mention « Lu et Approuvé »)

**Accueil de Loisirs Sans hébergement  
Familles Rurales de Morangis  
VACANCES DE LA TOUSSAINT 2020**

**PREPARATION ET TRANSPORT DES REPAS – CHARTE QUALITE**

Afin de préserver la qualité des repas que vous avez pris soin de préparer pour votre enfant, voici quelques points à respecter :

- Préparez le repas le matin ou la veille au soir.
- Conservez-le au réfrigérateur.
- Mettez le repas dans un récipient pouvant aller en étuve ou au four à micro-ondes (type plastique compartimenté fermant avec un couvercle). Nous ne pourrions pas, après le réchauffage, mettre le repas dans une assiette.
- Marquez le tout au nom de l'enfant (récipient, fromage, yaourt, boisson, sac de fruits,...)
- Transportez-le tout, entre la maison et le centre de loisirs, dans un sac isotherme à une température entre 0 et 4°C (transport sac isotherme avec conservateurs de froid).
- Dès votre arrivée à l'Accueil de Loisirs, confiez le repas de votre enfant à la personne qui vous accueille, celle-ci mettra le contenant fourni, immédiatement au réfrigérateur.

L'équipe bénévole de Familles Rurales de Morangis et la Directrice de l'Accueil de Loisirs déclinent toute responsabilité en cas de non-respect des règles d'hygiène lors de la préparation et du transport des repas.

(Précédé de la mention « Lu et Approuvé »)

Fait à : ..... Le : .....

Signature



**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON  
2020**

1 – ENFANT

NOM: \_\_\_\_\_

PRÉNOM: \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2021. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.*

**2 - 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.

**3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	
oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>				

**Allergies:** ASTHME oui  non  ALIMENTAIRES oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
AUTRES \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

---



---

**Indiquez ci-après:**

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

---

---

---

---

**Recommandations utiles des parents:**

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

---

---

---

---

**Observations diverses:**

---

---

**4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant ,  
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant,  
toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de  
l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une  
hospitalisation.

**Médecin traitant :**

Nom: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

**N° de sécurité sociale de l'enfant :** \_\_\_\_\_

Date:

Signature: