



Fiche d'inscription

Accueil de loisirs – CLAS
Septembre 20... - Août 202...

Je soussigné(e) :

Nom (parent) : Prénom (parent) :

Mail : Tél :/...../...../...../.....

Autorise :

Nom (enfant) : Prénom (enfant) :

Né(e) le :/...../..... Tél :/...../...../...../.....

10 à 12 ans 13 à 17 ans

1. A participer au séjour montagne du 30 septembre au 1^{er} octobre dans les Bauges

Oui Non

2. À rentrer seul.e, en fin de séjour :

- En fin d'après-midi (jusqu'à 19H) Oui Non

- Le soir après 19H Oui Non

3. Droit à l'image :

J'autorise Je n'autorise pas

La prise de vue et la publication de l'image sur laquelle mon.mes enfants et moi apparaissent, ceci, sur différents supports et sans limitation de durée. Je reconnais avoir pris connaissance de l'utilisation qui en est faite dans le cadre de l'AQCV (journaux, réseaux sociaux, plaquettes d'informations, site internet...)

4. Autres personnes autorisées à récupérer mon enfant :

Nom	Prénom	Numéro de téléphone

Fait à Chambéry le Signature



Fiche Sanitaire de liaison

Accueil de loisirs – CLAS
Septembre 202... - Août 202...

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant : Né(e) le :/...../.....

1. Vaccination :

L'inscription aux séjours ou à l'accueil de loisirs n'est possible que pour les enfants ayant tous leurs vaccins obligatoires à jour (sauf contre-indication médicale).

Joindre impérativement les photocopies du carnet de santé ou une attestation médicale de vaccins à jour délivrée par le médecin traitant ou un certificat médical de contre-indication à la vaccination délivré par le médecin traitant.

2. Renseignements médicaux concernant l'enfant :

- L'enfant suit-il un traitement médical durant l'accueil de loisirs ou le séjour ? Oui Non

Si oui lequel : (joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants).

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom et prénom de l'enfant avec la notice)
Aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans ordonnance.

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

COQUELUCHE	OUI	NON	RUBÉOLE	OUI	NON
OTITE	OUI	NON	VARICELLE	OUI	NON
ROUGEOLE	OUI	NON	SCARLATINE	OUI	NON
OREILLONS	OUI	NON			

Allergies : Médicamenteuses..... Oui Non Précisez (+ conduite à tenir) :
Alimentaire..... Oui Non
Autre..... Oui Non

- Régime alimentaire

.....
.....

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

.....
.....

Un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) peut être réalisé à la demande de la famille.

3. Informations complémentaires (à renseigner obligatoirement.) :

Votre enfant porte-t-il des lentilles ? Oui Non

Autres recommandations / précisez (ex : qualité de peau, crème solaire...)

.....
.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

Je soussigné(e),, responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le/la directeur.trice de l'ACM à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence.

Fait à Chambéry le

Signature :