

Documents présents au dossier (à remplir par Familles Rurales)

- Fiche Familiale Fiche Individuelle Fiche sanitaire Photocopie des vaccins Paiement
 Photocopie CAF ou MSA Carte FR Attestation Assurance Extrascolaire Règlement Intérieur Autorisation parentale permanente

Présence au centre (Mettre une croix dans les cases désirées et merci d'indiquer l'heure d'arrivée au péri centre)

Juillet

JOUR	PRESENCE	GARDERIE	
		MATIN	SOIR
Lundi 10			
Mardi 11			
Mercredi 12			
Jeudi 13			
Vendredi 14			

JOUR	PRESENCE	GARDERIE	
		MATIN	SOIR
Lundi 17			
Mardi 18			
Mercredi 19			
Jeudi 20			
Vendredi 21			

Mode de paiement (possibilité de régler en 2 fois, cocher les mois souhaités pour l'encaissement) à l'ordre du Groupement du pays Segréen

Paiement	Juillet	Août
*Espèce		
*Chèque bancaire		
*Chèque(s) CESU		
*Chèque(s) Vacances		
*Virement bancaire		

JOUR	PRESENCE	GARDERIE		CAMP
		MATIN	SOIR	
Lundi 24				
Mardi 25				
Mercredi 26				
Jeudi 27				
Vendredi 28				

Août

JOUR	PRESENCE	GARDERIE	
		MATIN	SOIR
Lundi 14			
Mardi 15			
Mercredi 16			
Jeudi 17			
Vendredi 18			

JOUR	PRESENCE	GARDERIE	
		MATIN	SOIR
Lundi 21			
Mardi 22			
Mercredi 23			
Jeudi 24			
Vendredi 25			

JOUR	PRESENCE	GARDERIE	
		MATIN	SOIR
Lundi 28			
Mardi 29			
Mercredi 30			
Jeudi 31			
Vendredi 01			

Si virement, IBAN : FR76 1548 9047 5000 0299 4320 151 / BIC : CMCIFR2A

Présence aux camps

Pas de transport en car, besoin de parents pour emmener et ramener. Veuillez noter vos disponibilités

	Présent	Covoiturage aller / Nb de place	Covoiturage retour / Nb de place
Du 10 au 13 juillet 2023 Camp trappeur à la Cornuaille 5 – 7 ans			
Du 17 au 21 juillet 2023 Camp sportif à Vioreau 8 – 12 ans			
Du 24 au 28 juillet 2023 Camp culturel à Saumur 8 – 12 ans			



FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

PHOTO

Accueil de loisirs de Pouancé Année
2023

IDENTITE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :
Sexe : F – M Date de naissance : / / Lieu de naissance :
Age : Adresse :

Personnes à contacter et/ou autorisées à venir chercher l'enfant en cas d'urgence ou d'indisponibilité des parents (Présentation d'une pièce d'identité)

Nom : Prénom : Qualité : Tél :
Nom : Prénom : Qualité : Tél :
Nom : Prénom : Qualité : Tél :
Nom : Prénom : Qualité : Tél :

INFORMATIONS MEDICALES

Médecin traitant :

Nom : Tél. du cabinet :
Adresse :

Vaccinations :

Fournir une photocopie des vaccinations de l'enfant

Si le mineur n'a pas eu les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

P.A.I (Protocole d'Accueil Individualisé) : Oui Non

Renseignements concernant le mineur : (Informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical 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).

Allergies :

Alimentaires : Oui Non

Médicamenteuses : Oui Non

Autres : Oui Non

En cas de réponse positive, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? Oui Non

Lesquels ?

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, ...

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

Accueil de Loisirs L'île aux Momes Association Familles Rurales du groupement Segréen

AUTORISATION PARENTALE PERMANENTE

Madame, Monsieur, père, mère ou tuteur légal

- Autorise mon enfant à participer aux sorties extérieures organisées par l'ALSH Familles Rurales.
- Autorise mon enfant à voyager dans le cadre des activités de l'ALSH :
- En voiture
 - Transport collectif
- Autorise mon enfant à être conduit à la piscine pour se baigner :
- Sait nager
 - Ne sait pas nager
- Mon enfant sait faire du vélo :
- Oui
 - Non
- Atteste qu'il n'y a pas de contre-indication à la pratique d'un sport pour mon enfant.
- Autorise Familles Rurales à reproduire et à diffuser les photographies et/ou vidéos réalisées par Familles Rurales de ma personne ou de celle de mon enfant ; pour les usages exclusifs suivants : les journaux de Familles Rurales, ses supports vidéo, les illustrations de ses documents d'information, les illustrations de son site Internet, les insertions dans sa page Facebook. *Cette autorisation est valable pour une durée de 10 ans. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de ces photos/vidéos ne porteront pas atteinte à ma réputation ou à ma vie privée, ou à celle de mon enfant.*
- Autorise l'équipe d'encadrement de l'Accueil de loisirs/du séjour à prendre toutes les dispositions utiles, en cas d'urgence, en vue de la mise en œuvre pour mon enfant des traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s'imposer.
- Autorise mon enfant de plus de 7 ans à repartir seul à son domicile à partir de h, le(s) jour(s) suivant(s)

FICHE FAMILIALE D'INSCRIPTION

Accueil collectif de mineurs de Pouancé Année

2023

INFORMATIONS FAMILIALES ET ADMINISTRATIVES

IDENTITÉ DE LA MÈRE ou de la tutrice légale (ou parent 1)	IDENTITÉ DU PÈRE ou du tuteur légal (ou parent 2)
Nom et Prénom :	Nom et Prénom :
Profession :	Profession :
Adresse du domicile :	Adresse du domicile :
Tél. Fixe :	Tél. Fixe :
Tél. Portable :	Tél. Portable :
Tél. Professionnel :	Tél. Professionnel :
E-mail :	E-mail :

Adhérent de l'association Familles Rurales de :

.....

N° de carte d'adhésion :

.....

Situation des parents : (Rayer les mentions inutiles)

Célibataire
Veuf(ve)

Vie maritale

Pacsés

Mariés

Séparés

Divorcés

INFORMATIONS SUR LES ENFANTS

Nom	Prénom	Date de naissance

RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE

- Régime général
- Régime spécifique (MSA, SNCF...)

J'autorise Familles Rurales à consulter le site CAF CDAP qui permet de connaître mon quotient familial

- Oui
- Non

Numéro d'allocataire Numéro d'assuré :

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

Organisme (nom et adresse) :

.....

Numéro de contrat (facultatif) :

.....

ENGAGEMENTS DES PARENTS

M'engage à transmettre à l'association, les éventuels changements d'adresses, de coordonnées téléphoniques concernant les parents et les personnes à contacter. M'engage à régler l'intégralité des frais dus au titre de l'accueil collectif de mineurs. M'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Fait à :

Le :

Signature du père (tuteur légal ou parent 1)

Signature de la mère (tutrice légale ou parent 2)

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Les données collectées ont pour but l'organisation et la gestion de l'Accueil de loisirs (ou du séjour). Elles ne sont en aucun cas transmises à des tiers. Conformément à la loi « Informatique et libertés » n° 78-17 du 06-01-78, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition des données vous concernant. Pour tout renseignement, merci d'adresser un courrier à l'association ... organisatrice : (adresse postale)



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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 ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES 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**.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU
 D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, _____ 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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES