



ACCUEIL DE LOISIRS LEÏ MOUSSI
Siège social : Mairie de Saint Mandrier sur mer
Place des Résistants
83430 Saint-Mandrier sur mer
SIRET : 408130110 00013

DOSSIER D'INSCRIPTION VACANCES SCOLAIRES

Pièces Obligatoires à fournir

- 1/ Le dossier d'inscription **rempli intégralement**
- 2/ Un **CERTIFICAT MEDICAL** attestant que l'enfant est apte à la pratique de toutes les activités physiques et sportives d'un Accueil de Loisirs (valable 1an).
- 3/ **PHOTOCOPIE DU CARNET DE SANTE** (vaccinations obligatoires)
- 4/ **Attestations d'ASSURANCE Responsabilité civile et Individuelle Accident** en cours de validité.
- 5/ **Bulletin de situation CAF** avec quotient familial de moins de trois mois. Si vous n'avez pas de numéro d'allocataire CAF **avis d'imposition sur le revenu.**
- 6/ **Justificatif de travail des parents** (3 dernières fiches de paie, avis d'imposition, attestation employeur...)
- 7/ Une photo d'identité de l'enfant (facultatif)
- 8/ **LE REGLEMENT DU SEJOUR LE JOUR DE L'INSCRIPTION**
(Aucun règlement ne sera possible après l'ouverture du centre)
- 9/ Une **enveloppe timbrée** par famille avec nom et adresse.

DOSSIER D'INSCRIPTION VACANCES SCOLAIRES

Nom de l'enfant	Prénom	Date de naissance	Sexe

Nom du Responsable légal :

Prénom du Responsable légal : Situation familiale :

Adresse mail : Téléphone :

PERE

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile : Tél. professionnel : Poste:

Tél. portable : Profession :

Employeur :

N° de Sécurité Social :

MERE

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile : Tél. professionnel : Poste:

Tél. portable : Profession :

Employeur :

Autorisation de photographier et de filmer	oui	non
Autorisation de rentrer seul (Uniquement si votre enfant a plus de 6ans)	oui	non
Autorisation de transport en véhicule :	oui	non
Frère ou sœur inscrit au centre	oui	non

En dehors des responsables légaux :	Nom, Prénom, Téléphone	Nom, Prénom, Téléphone	Nom, Prénom, Téléphone
Personnes à prévenir en cas d'urgence			
Personnes habilitées à récupérer l'enfant			

Numéro Allocataire CAF	Quotient Familial CAF	TARIF JOURNEE (A remplir par l'Accueil de Loisirs)

Fait à, le :/...../.....

Signature

N° de Sécurité Sociale	Centre de Sécurité Sociale	Nom de votre complémentaire Santé	Numéro de contrat de votre complémentaire Santé
Nom de votre Cie d'assurance Responsabilité Civile	Numéro de contrat de votre Cie d'assurance Responsabilité Civile	Nom de votre Cie d'assurance Individuelle Accident	Numéro de contrat de votre Cie d'assurance Individuelle Accident

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

1 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

(Entourer la réponse choisie)

RUBEOLE OUI NON	VARICELLE OUI NON	ANGINE OUI NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AÏGU OUI NON	SCARLATINE OUI NON
COQUELUCHE OUI NON	OTITE OUI NON	ROUGEOLE OUI NON	OREILLONS OUI NON	

ALLERGIES **ASTHME** OUI NON **MEDICAMENTEUSES** OUI NON
 ALIMENTAIRES OUI NON **AUTRES**.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2 – RECOMMANDATIONS UTILES AUX PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...PRECISEZ :

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

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

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.

le :...../...../.....

Signature

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

ACCUEIL DE LOISIRS
LEI MOUSSI SIEGE SOCIAL : MAIRIE DE SAINT MANDRIER
83430 SAINT MANDRIER SUR MER

TEL : 06.10.19.32.27

OBSERVATIONS

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

Je soussigné(e).....déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur LEI MOUSSI et m'engage à le respecter.

Fait à....., le :...../...../.....

Signature