



Syndicat Intercommunal  
Animation Jeunesse-Enfance  
Hiré, La Fresnais,  
St Méloir des Ondes

# Accueil de loisirs SIAJE DOSSIER INSCRIPTION 2021 (document 1/2)

## ENFANT

Nom.....Prénom : .....  
Date de naissance : ...../...../.....      Fille  Garçon

## RESPONSABLE LEGAL

### Père

NOM.....

PRENOM.....

Adresse .....

.....

CP Ville .....

professionnel

portable

.....@.....

### Mère

NOM.....

PRENOM.....

Adresse .....

.....

CP Ville .....

professionnel

portable

.....@.....

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

N° allocataire CAF : ..... ou N° allocataire MSA : .....

N° de sécurité sociale : .....

Destinataire de la facture si garde alternée : père  mère

Nom et N° d'assurance extra- scolaire en cours : ..... **(copie obligatoire)**

## AUTORISATIONS

Autorise  par la transmission du n° allocataire CAF

N'autorise pas  en transmettant une attestation du quotient familial récente ou l'avis d'imposition N-1

La direction de l'accueil de loisirs à consulter le service internet CAFPRO dans le cadre du dossier d'inscription et de la facturation de mon (mes) enfant(s).

Autorise       N'autorise pas       à être véhiculé(e) en mini bus de l'accueil de loisirs ou en bus (prestataire)

Autorise       N'autorise pas       à quitter seul(e) l'accueil de loisirs

Autorise       N'autorise pas       à quitter l'accueil de loisirs accompagné de (nom prénom et lien de parenté)

.....

Autorise       N'autorise pas       à être filmé(e) ou photographié(e)

Autorise       N'autorise pas       à se baigner sous surveillance      -      sait il (elle) nager ? Oui  non

En cas de jugement de divorce pour la garde d'enfant, nous fournir un document officiel



## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

### Vaccinations

Vaccins	Date	Rappel
Diphtérie		
Tétanos		
Poliomyélite		
Coqueluche		
Haemophilus		
ROR		
Hépatite B		
Pneumocoque		
BCG		
Autres (préciser)		

Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical

### Allergies

Préciser :

Si allergie alimentaire, fournir un certificat médical d'un allergologue ou médecin spécialiste précisant les allergènes identifiés et la gravité de l'allergie de l'enfant.

### Recommandations des parents

L'enfant porte t'il

Des lunettes oui  non

Un appareil auditif oui  non

Un appareil dentaire oui  non

Des semelles orthopédiques oui  non

L'enfant

A-t-il des difficultés de sommeil oui  non

A-t-il des problèmes d'énurésie nocturne oui  non

Fait-il la sieste oui  non

### PAI et accompagnement spécifique (facultatif si non concerné)

Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement médical ? (diabète, hémophilie, asthme...) oui  non

Préciser :

Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement médical ? (handicap ou autre) oui  non

Préciser :

Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ? Oui  non

Un Projet d'Accueil Individualisé existe-t-il pour votre enfant ? Oui  non

Fournir une copie avec le protocole à suivre et prendre contact avec le responsable de l'accueil de loisirs au 06.30.86.07.76

### Observations Particulières

Je soussigné (e) (nom et prénom \_\_\_\_\_) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisation, intervention chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

**SIGNATURE OBLIGATOIRE**