**A**ssociation d’**E**ducation **P**opulaire St Ignace

15 chemin du Kammerhof

67100 STRASBOURG

03 88 79 06 59

**Contact :** Camille LAURENT / acem@aepstignace.fr / 07 85 82 36 68
[www.aepstignace.fr](http://www.aepstignace.fr)

**DOSSIER D’INSCRIPTION ANIMATION 9-13 ANS**

**ETE 2021**

Dossier non nécessaire pour toutes personnes déjà inscrite en 2020/2021 à l’AEP St Ignace

**Enfant à inscrire :**

Nom : …………………………………………. Adresse : …………………………………………………

Prénom : …………………………………………. ………………………………………………………………..

Date de naissance : ……/……/………. Code postal : …………………………………………..

Sexe : féminin ⃝ masculin ⃝ Ville : ………………………………………………………

**Parents ou responsables légaux :**

Madame ⃝ Monsieur ⃝ Personne Morale ⃝ Madame ⃝ Monsieur ⃝ Personne Morale ⃝

Nom : …………………………………………. Nom : ………………………………………….

Prénom : …………………………………………. Prénom : ………………………………………….

Tel domicile : …………………………………………. Tel domicile : ………………………………………….

Tel portable : …………………………………………. Tel portable : ………………………………………….

Tel professionnel : ………………………………….. Tel professionnel : …………………………………..

Mail : …………………………………………. Mail : ………………………………………….

**Personnes autorisées à venir chercher l’enfant :**

*La personne doit venir munie de sa carte d’identité.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Prénom et Nom | Lien avec l’enfant | Téléphone |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

J’autorise ma fille / mon fils à rentrer seul le soir ? Oui ⃝ Non ⃝

**Droit à l’image :**

J’autorise l’équipe d’animation à prendre en photo ou en vidéo mon enfant :

Détention, mise en place d’exposition, de livret de présentation ou sur tous supports papier : OUI ⃝ NON ⃝

Diffusion via la page Facebook de l’AEP ou sur le site de l’AEP : OUI ⃝ NON ⃝

**Documents à joindre :**

Pour valider l’inscription, les documents suivants doivent être fournis :

* Fiche sanitaire
* Attestation d’assurance civile
* Copie du carnet de vaccination de l’enfant
* Chèque d’adhésion de 15€ à l’association.

*Aucune inscription aux sorties de l’été pour les 9-13 ans ne sera acceptée sans la réception du paiement de l’adhésion.*

Fait à Strasbourg, le / /

Signature(s) :

.

cerfa N° 10008\*02 Code de l'Action Sociale et des Familles

|  |  |
| --- | --- |
| **FICHE SANITAIRE DE LIAISON****2021** | **L’ENFANT** |
| NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| PRÉNOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| GARÇON  FILLE    |

**1 – 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 |  |  |  | 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

**2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT**

L’enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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.**

A titre indicatif L’ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBÉOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISMEARTICULAIRE AIGÜ | SCARLATINE |
| OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 |
| COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | OREILLONS |  |
| OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 |  |

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non 

 ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES ………………………………………….

**PRECISEZ LA CAUSE DE L’ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

**Régime alimentaire spécifique**:  Standard  Végétarien
 Sans porc  Allergies : ……………………

**P.A.I** (projet d’accueil individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non 

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**4- AUTORISATIONS**

J’autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui  non 

J’autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui  non 

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui  non 

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT *(FACULTATIF)...........................................................................................................*

*Je soussignée, .................................................................................................................responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l’équipe d’animation 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 seuls habilités à définir l’hôpital de secteur.*

Document issu de l’original CERFA paramétré pour les besoins de la structure ALSH interco Vallée de l’école

Date : Signature :