



# MES LOISIRS TOUTE L'ANNÉE !

## DOSSIER DE PRÉ-INSCRIPTION POUR LES VACANCES DE PRINTEMPS - LES ACCUEILS DE LOISIRS 2020/2021 -

Pré-inscription du 8 au 19 mars 2021

Réponse de l'ARPEJ-Rezé entre le 8 et le 23 mars 2021

Ce dossier peut-être : envoyé par **mail à l'adresse suivante : [contact@arpej-reze.fr](mailto:contact@arpej-reze.fr)**, par **courrier postal** ou **déposé dans la boîte aux lettres du siège de l'Association.**

Transmis le : .....  
Cadre réservé à l'ARPEJ-Rezé

### L'ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe de l'enfant : Garçon  Fille

Date de naissance de l'enfant : ..... / ..... / .....

Lieu de naissance : .....

Ecole fréquentée à la rentrée 2020-2021 :

..... Classe : .....

### + D'INFORMATIONS

Si votre enfant a un PAI ou une intolérance alimentaire, merci de remplir le document «Engagement des parents» qui se trouve sur notre site internet.

Vous y trouverez également des informations complémentaires à ce sujet.

### Les modalités d'inscription (pièces obligatoires)



#### Tout dossier incomplet, ne sera pas traité.

- Une photo récente obligatoire de l'enfant (à coller sur la fiche sanitaire de liaison),
  - La fiche sanitaire de liaison remplie (valable 1 an),
  - La copie de la carte de Quotient Familial ou du dernier avis CAF, *si aucune inscription depuis septembre 2019 (Attention : carte à renouveler, valable du 1<sup>er</sup> septembre 2020 au 31 août 2021),*
  - La copie du Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) en cas d'allergie, problème de santé ou handicap,
  - Engagement des parents à remplir (si PAI),
  - La copie du jugement en cas de séparation ou de divorce (si non déjà fournie ou changement dans le droit de garde),
  - Être à jour de vos règlements.
- Je certifie et reconnais avoir pris connaissance des informations communiquées dans ce dossier.

Fait à : .....

Date : .... / .... / ....

Signature (précédée de vos noms et prénoms) :

**RESPONSABLE LÉGAL 1 DE L'ENFANT**

Nom : ..... Prénom : .....

Qualité :  Père  Mère  Beau-père  Belle-mère  Autre (Précisez) : .....

Situation familiale :  Marié  Pacsé  Divorcé  Concubin  Célibataire

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Téléphone fixe : ... / ... / ... / ... / ...

Téléphone portable : ... / ... / ... / ... / ... Téléphone professionnel : ... / ... / ... / ... / ...

Email : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Adresse de l'employeur : .....

**Organisme tiers** N°CAF : ..... N° MSA : .....

**Autorisations** : - Autorisez-vous les informations par mail de l'ARPEJ-Rezé : Oui  Non

- Autorisez-vous les informations par SMS de l'ARPEJ-Rezé : Oui  Non

**RESPONSABLE LÉGAL 2 DE L'ENFANT**

Nom : ..... Prénom : .....

Qualité :  Père  Mère  Beau-père  Belle-mère  Autre (Précisez) : .....

Situation familiale :  Marié  Pacsé  Divorcé  Concubin  Célibataire

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Téléphone fixe : ... / ... / ... / ... / ...

Téléphone portable : ... / ... / ... / ... / ... Téléphone professionnel : ... / ... / ... / ... / ...

Email : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Adresse de l'employeur : .....

**Autorisations** : - Autorisez-vous les informations par mail de l'ARPEJ-Rezé : Oui  Non

- Autorisez-vous les informations par SMS de l'ARPEJ-Rezé : Oui  Non

**AUTRES PERSONNES À CONTACTER ET AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT EN CAS D'URGENCE**

Nom : ..... Prénom : .....

Qualité :  Père  Mère  Beau-père  Belle-mère  Autre (Précisez) : .....

Téléphone fixe : ... / ... / ... / ... / ... Téléphone portable : ... / ... / ... / ... / ...

Nom : ..... Prénom : .....

Qualité :  Père  Mère  Beau-père  Belle-mère  Autre (Précisez) : .....

Téléphone fixe : ... / ... / ... / ... / ... Téléphone portable : ... / ... / ... / ... / ...



## 1 - PHOTO OBLIGATOIRE

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles lors de l'accueil de l'enfant.

### 2 - L'ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

Garçon  Fille

Date de naissance de l'enfant : ..... / ..... / .....

L'enfant est-il bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé AEEH :

Oui  Non  Date de fin de droit : .... / .... / ....

Est-il accompagné pour son handicap ? Oui  Non

Si oui = précisez : .....

(une référente de l'ARPEJ-Rezé prendra contact avec vous)

Nom du médecin traitant de l'enfant (facultatif) :

Numéro du médecin traitant : .... / .... / .... / .... / ....

Numéro sécurité sociale : ... / ... / ... / ... / ... / ... / ... / ...

### AUTORISATIONS ET DROIT À L'IMAGE

Autorisez-vous la prise de photo pour la communication de l'ARPEJ-Rezé ? Oui  Non

Autorisez-vous votre enfant à partir seul ? Oui  Non

### 3 - RESPONSABLE LÉGAL 1 DE L'ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

Qualité : Père / Mère / Beau-père / Belle-mère / Autres (précisez : .....) )

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone portable : ... / ... / ... / ... / ...

Téléphone professionnel : ... / ... / ... / ... / ...

Email : .....

### 4 - RESPONSABLE LÉGAL 2 DE L'ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

Qualité : Père / Mère / Beau-père / Belle-mère / Autres (précisez : .....) )

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone portable : ... / ... / ... / ... / ...

Téléphone professionnel : ... / ... / ... / ... / ...

Email : .....

### 5 - AUTORISATION HOSPITALISATION (si nécessaire) :

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'autorise également, si nécessaire, le directeur ou la directrice de l'accueil à faire sortir mon enfant de l'hôpital après hospitalisation.

Date : .... / .... / ....

Signature (précédée de vos noms et prénoms) :

**6 - 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			.... / .... / ....	BCG	.... / .... / ....
Ou Tétracoq			.... / .... / ....	Autres (préciser) : .....	.... / .... / ....

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.

**7 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant 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). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	VARICELLE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	ANGINE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	SCARLATINE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
COQUELUCHE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	OTITE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	ROUGEOLE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	OREILLONS Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	

ALLERGIES : ASTHME : Oui  Non  MÉDICAMENTEUSES : Oui  Non   
 ALIMENTAIRES : Oui  Non  AUTRES : .....  
 PAI Oui  Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

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

Indiquez ci-après, les difficultés de santé en précisant les précautions à prendre (Maladie, Accident, Crise Convulsives, Hospitalisation, rééducation)

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

**8 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

Porte-t-il des prothèses dentaires ? Oui  Non

A-t-il un régime alimentaire spécifique? Oui  Non

Repas sans porc ? Oui  Non

Repas sans viande ? Oui  Non

Repas végétarien ? Oui  Non

Votre enfant mouille t-il son lit ? Oui  Non

Pour la jeune fille, est-elle réglée ? Oui  Non

Autres : .....  
 .....

Retrouvez les thématiques des Accueils de Loisirs, ci-dessous :

Accueil de Loisirs Château	Cirque
Accueil de Loisirs Chêne Gala	Environnement et le voyage parmi les ethnies
Accueil de Loisirs La Houssais	Carnaval dans le monde
Accueil de Loisirs Ragon	Sur la trace des dessins animés du plus anciens à ceux d'aujourd'hui

Accueil de Loisirs Praud	Praud devient un studio de tournage
Accueil de Loisirs Salengro	Les jeux de société et les jeux musicaux
Accueil de Loisirs Robinière	Ça vole ou ça flotte ? (1 <sup>ère</sup> semaine) Monte ton clip vidéo (2 <sup>ème</sup> semaine)
Club Junior	Construction du programme avec les jeunes

Nom de l'enfant : .....

Prénom : .....

Nom de l'Accueil de Loisirs fréquenté :

.....

Cochez les cases correspondantes à vos souhaits en pré-accueil, en journée, en matin et en après-midi :

	Pré-accueil	Journée	Matin	Après-midi
Lundi 26 avril				
Mardi 27 avril				
Mercredi 28 avril				
Jeudi 29 avril				
Vendredi 30 avril				
Lundi 3 mai				
Mardi 4 mai				
Mercredi 5 mai				
Jeudi 6 mai				
Vendredi 7 mai				