



**DOSSIER D'INSCRIPTION
ACM SAINT POL DE LEON
Année 2022/2023**



Cadre réservé à nos services

- Certificat médical attestation de responsabilité civil test antipanique

I-Identité civil de l'enfant : **Fille** **Garçon**

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Lieu : _____

Groupe sanguin (si connu) _____

Ecole fréquentée :

Classe : _____ Classe Ulis **oui** **non**

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT :

Nom-prénom	Téléphone fixe	Téléphone Portable	Téléphone bureau (pro)

Adresse :

Code postal : _____ Ville : _____

Adresse Mail : _____ @ _____

N° Sécurité Social _____

Mutuelle : _____

CAF **MSA** **AUTRES** **Numéro :** _____

CAF PRO : **oui** **non** (autorisation donnée à la direction de l'acm de visualiser votre quotient familial sur le site internet de la caf)

Personnes autorisées à prendre en charge mon enfant (autre que responsable légaux) :

NOM - PRENOM	Téléphone(s)

Personnes non autorisées à prendre en charge mon enfant :

NOM – PRENOM	Téléphone

Autres renseignements :

L'enfant peut-il rentrer seul à la maison ?

oui non

II- Renseignements médicaux concernant votre enfant

Nom du médecin traitant _____ tél :

Autorisation d'hospitalisation et d'intervention médicale : oui non

L'enfant suit-il un traitement médical : oui non

Si oui joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (médicaments dans un emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il un suivi MDPH : oui non

Autre suivi : oui non

Allergie : (merci de nous prévenir si une allergie apparaissait dans l'année)

Asthme : oui non **Médicamenteuse** : oui non **Alimentaire** : oui non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Précisez les précautions à prendre en cas de difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, Hospitalisation...) :

Mention « Lu et approuvé »

Date :

Signature du responsable légal 1 :

Signature du responsable légal 2 :

FICHE SANITAIRE de LIAISON 2022-2023

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités organisées.

Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou joindre une photocopie des certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

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 ALLERGIES ET LES MALADIES SUIVANTES ?

ALLERGIES :

ASTHME	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
MEDICAMENTEUSES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
AUTRES (animaux, plantes, pollen)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir** (si automédication le signaler).

.....
.....

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? oui non

.....
.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Rhumatisme Articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

.....
.....

4- MEDECIN TRAITANT :

NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT :

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature du(des) responsable(s) légal(aux) :

AUTORISATION DE PRISE DE VUE ET DE DIFFUSION DE L'IMAGE D'UN MINEUR ([loi du 19 octobre 2020](#) encadre l'activité d'un enfant de moins de 16 ans dont l'image est diffusée sur une plateforme de photo ou vidéo en ligne)

(À faire remplir et signer par les parents ou responsables légaux)

Nous soussignés : Nom, Prénom :

Demeurant :

Adresse @mail :

Agissant en qualité de représentants légaux de :

Accordons à l'accueil de loisirs de Saint Pol de Léon :

D'effectuer, dans le cadre de la vidéo réalisée à l'occasion de : des sorties et/ou des activités de l'accueil de loisirs, des prises de vue photographiques ou des enregistrements audiovisuels sur lesquels notre enfant pourrait apparaître.

Nous accordons à **L'accueil de loisirs de Saint Pol de Léon** l'autorisation de diffuser les images captées, fixées et enregistrées sur un réseau filaire ou sans fils, de quelque nature que ce soit (Internet, réseau, local). Nous accordons cette autorisation à titre gracieux et pour un territoire illimité.

La présente autorisation est consentie sans limitation de durée.

Nous n'autorisons pas l'exploitation des photo ou vidéo de mon enfant :

Nous n'autorisons pas **L'accueil de loisirs de Saint Pol de Léon** à céder les clichés représentant notre enfant.

Ces dispositions sont portées à notre connaissance, dans le cadre de l'application de la législation relative au respect du droit à l'image et au respect de la vie privée.

Fait àLe

Signature des représentants légaux

Faire précéder les signatures de la mention « Lu et Approuvé »

A Saint Pol de Léon, le
01/08/2022

Le Haut Léon Communauté

Objet : Autorisation de prélèvements

Madame, Monsieur,

Le service ACM de Saint Pol de Léon, vous propose de régler vos factures par prélèvements automatiques. Ce prélèvement interviendra entre le 15 et le 20 du mois suivant.

Si cette démarche vous intéresse, je vous invite à compléter le coupon ci-après et à le retourner avec le dossier soit par courrier soit par mail accompagné de votre RIB.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Madame, Monsieur

Souhaite souscrire aux prélèvements automatiques à échéance pour la facturation de l'ACM de Saint Pol De Léon.

Vous trouverez ci-joint le RIB sur lequel le prélèvement sera effectué.

A , le

Madame, Monsieur