



Accueil de loisirs: Classe :

NOM : PRENOM

Date de Naissance :



DOSSIER ACCUEIL DE LOISIRS ÉTÉ 2022

| Merci de préciser les semaines souhaitées | PERI MATIN | ACTIVITES | CANTINE | PERI SOIR |
|--|------------|-----------|---------|-----------|
| SEMAINE DU 11 AU 15 JUILLET | | | | |
| SEMAINE DU 18 AU 22 JUILLET | | | | |
| SEMAINE DU 25 AU 29 JUILLET | | | | |
| SEMAINE DU 01 AU 05 AOUT | | | | |

| | Responsable 1 | Responsable 2 | Autre responsable |
|---------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------|
| | <input type="checkbox"/> Mère | <input type="checkbox"/> Père | |
| | <input type="checkbox"/> Mère | <input type="checkbox"/> Mère | |
| Nom et prénom | | | |
| Adresse | | | |
| mobile | | | |
| professionnel | | | |
| Adresse mail | @..... | @..... | @..... |

| Personnes habilitées à prendre en charge mon enfant | | |
|---|-----------|-------------------------------|
| Nom et prénom | Téléphone | Lien de parenté avec l'enfant |
| | | |
| | | |



FICHE DE SORTIE

ARRIVEE ET DEPART DE VOTRE ENFANT

| | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|---|
| Mon enfant prendra le bus le matin | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | Où monte - t - il ? (préciser l'arrêt) : |
| Mon enfant prendra le bus le soir | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | Où descend - il ? (préciser l'arrêt) |
| Le soir, s'il a plus de 6 ans, à la descente du bus, il repartira seul | | | OUI <input type="checkbox"/> NON * <input type="checkbox"/> |
| A la sortie de l'école ou du périscolaire, j'autorise mon enfant à repartir seul pour le retour au domicile (plus de 6 ans uniquement) | | | OUI <input type="checkbox"/> NON * <input type="checkbox"/> |

*Si non, je viens le chercher ou j'autorise une des personnes habilitées à récupérer mon en-

Mon enfant quittera le centre seul
(UNIQUEMENT pour les plus de 6 ans) OUI NON

Mon enfant quittera le centre en compagnie de :

..... Lien de parenté :



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

| VACCINS OBLIGATOIRES | Date du dernier rappel | AUTRES VACCINS | Date du dernier rappel |
|---|---------------------------|--|---------------------------|
| DTP + coqueluche | | BCG (Monovax ou BCG) | |
| (Revaxis / Boostrix/ Infanrix / Tétravac / | | Rougeole - Oreillons -Rubéole (Priorix, ROR Vax) | |
| Pentavac | | Hépatite B (Engerix / HBVax pro) | |
| Prévenar | | Neisvac / Méningitec | |

L'enfant présente-t-il des troubles de santé ?

- Allergie alimentaire OUI NON Si oui, à quoi
-
- Allergie médicamenteuse OUI NON Si oui, à quoi :
- Asthme OUI NON
- Diabète OUI NON
- Epilepsie OUI NON
- Autres (handicap, troubles du comportement, suivi spécialisé...) :
- OUI NON Si oui, quoi :

Le trouble de santé entraîne-t-il une conduite particulière en cas d'urgence ? OUI NON

Si oui, laquelle :

.....

Un PAI (projet d'accueil individualisé) est-il mis en place pour votre enfant ? OUI NON

Si oui, merci d'en joindre une copie au dossier

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier :

Sans porc oui Non Sans viande oui Non

Votre enfant suit-il un traitement médical particulier :

OUI NON

Votre enfant porte-t-il :

Des lunettes OUI NON Des lentilles OUI NON

Un appareil dentaire OUI NON Un appareil auditif OUI NON

AUTORISATIONS PHOTOS ET VIDEOS

J'autorise Terre de Picardie à utiliser l'image et/ou la vidéo de mon enfant pour la période accueil de loisirs 2022 sous toutes formes de canaux de communication utilisées par la collectivité, conformément à la loi relative au droit à l'image (article 9 du code civil) :

OUI

NON

AUTORISATIONS ET CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT

Je soussigné(e)

Responsable légal de :

déclare avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement des différents services organisés par Terre de Picardie et :

- m'engage à ne pas diffuser de photos autres que celles de mon enfant sur les réseaux sociaux
- m'engage à régler le montant des prestations auxquelles mon enfant participera
- décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident pouvant survenir avant ou après les horaires d'ouverture ou de fermeture.
- certifie avoir donné tous les renseignements concernant l'état de santé de mon enfant
- m'engage à signaler à TdP tout changement de situation de la famille ou de l'enfant
- m'engage à respecter le règlement mis en place pour le bon fonctionnement des services

Par ailleurs, j'autorise :

- mon enfant à participer aux différentes activités et sorties (sans moyen de transport) proposées par les organisateurs : OUI NON
- les organisateurs à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (traitement médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales ...)
OUI NON
- les organisateurs à me communiquer diverses informations
Par mail OUI NON Par sms OUI NON

A.....

LE.....2022

Signature du responsable de l'enfant :