



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 :