

## ACCUEILS DE LOISIRS & SEJOURS DE VACANCES DOSSIER INDIVIDUEL

Ce dossier doit être complété avec la plus grande attention.  
Il doit être accompagné impérativement des documents demandés.

### ENFANT

NOM :  Prénom :

Date de naissance :  garçon  fille

N° Concerto

### RESPONSABLES DE L'ENFANT

**Responsable 1** père  - mère  - tuteur  - autre :

Situation : célibataire  marié(e)  concubinage  divorcé(e)  séparé(e)  garde alternée

NOM :  prénom

Profession :  Employeur

Temps plein  - Temps partiel  - Intérim  - Formation  - Dispositif Insertion

Tel portable :  Tel travail :

Adresse :

Code Postal :  Ville :

Adresse email :

Régime de sécurité sociale : Régime général :  autre :

N° Allocataire CAF :

**Responsable 2** père  - mère  - tuteur  - autre :

Situation : célibataire  marié(e)  concubinage  divorcé(e)  séparé(e)  garde alternée

NOM :  prénom

Profession :  Employeur :

Temps plein  - Temps partiel  - Intérim  - Formation  - Dispositif Insertion

Tel portable :  Tel travail :

**Habitude alimentaire** : repas de substitution à base de volaille

**Documents à fournir** : ne joindre que des copies

- Carnet de vaccinations
- Bons vacances - si concerné
- Certificat Médical - si concerné
- Brevet de Natation - si concerné
- Autre :

Seuls les dossiers complets  
seront traités

## AUTORISATIONS

En cas de désaccord, rayez la mention

### SORTIES - TRANSPORTS

J'autorise mon enfant à participer aux transports et sorties organisés par les Accueils de Loisirs et Séjours de Vacances

### PHOTOS - FILM:

La Ville de Vannes et les Centres de loisirs peuvent être amenés à prendre des photographies ou des vidéos des enfants pendant les activités sportives ou la vie quotidienne et à les utiliser sur tous ses supports de communication sans limite ni de temps ni de lieu. Si vous ne souhaitez pas que votre enfant soit pris en photographie ou en vidéo au cours de son séjour, rayez ce paragraphe.

### BAIGNADE:

J'autorise mon enfant à participer aux baignades en piscine ou site naturel.

**INTERVENTION MÉDICALE :** Les parents sont prévenus immédiatement sous réserve de pouvoir les joindre.

J'autorise le responsable du séjour ou son représentant :

1 - à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, anesthésie, interventions chirurgicales, transfusion de sang, ...), rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

2 - à donner un antalgique/antipyrétique à base de paracétamol (sauf allergie) et/ou des médicaments prescrits sur ordonnance.

3 - à donner des soins simples de première nécessité (désinfection de plaie, coup de soleil, traitement anti poux ...)

### **PERSONNE(S) HABILITÉE(S) A REPRENDRE L'ENFANT - autre que les parents :**

Nom - Prénom	Lien de parenté	Téléphone

En cas d'interdiction de prise en charge par un tiers, joindre une copie du jugement.

**PRÉVENIR EN CAS D'ACCIDENT :** le père OUI  NON

la mère OUI  NON

### FICHE SANITAIRE

Carte CMU  (joindre une copie)

**VACCINATIONS** Joindre une copie du carnet de vaccination.

- **Diphtérie, Tétanos, Polio - DTP : date du dernier rappel :**

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### **TRAITEMENT MEDICAL**

**Si l'enfant suit un traitement médical** nécessitant une prise de médicaments au sein du centre, il y a lieu de remettre au Directeur de l'ALSH, 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 donné sans ordonnance.

**ALLERGIES - PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)**


**INDIQUEZ LES DIFFICULTES DE SANTE** (maladies, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.


**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS.** Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.... **PRECISEZ**


Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier d'inscription.

Je m'engage à avvertir immédiatement l'Accueil Unique Enfance en cas de modification dans les renseignements administratifs (notamment changement d'adresse, de téléphone...) ou liés à la santé de l'enfant.

**Je m'engage à respecter le règlement des Accueils de Loisirs et notamment les conditions d'annulations.**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion et le paiement des activités municipales. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 06 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez l'exercer en vous adressant à l'Accueil Unique Enfance.

Fait à :

Le :

SIGNATURE

**ACCUEIL UNIQUE ENFANCE**

**22 Avenue Victor Hugo - 56000 VANNES**

**Tel. 02 97 01 65 10 - [accueil.unique@mairie-vannes.fr](mailto:accueil.unique@mairie-vannes.fr)**