A NOTER :



Ecoles Maternelles	Restaurants	Ecoles
A. CAMUS	04.67.21.34.51.	04.67.21.08.90.
M. CURIE	04.67.21.31.66.	04.67.94.23.17.
V. HUGO	04.67.94.71.90.	04.67.94.71.04.
J. MOULIN	04.67.01.51.94.	04.67.21.43.78.
J. PREVERT	04.67.37.92.59.	04.67.94.45.45.
J. VERNE	04.67.26.95.72.	04.67.26.88.49.
LITTORAL	04.67.00.89.11.	04.67.00.89.14.

Ecoles Elémentaires	Restaurants	Ecoles
F. BAZILLE	04.67.94.70.26.	04.67.21.42.43.
A. CAMUS	04.67.21.31.67.	04.67.94.10.81.
J. FERRY	04.67.21.31.65.	04.67.94.23.18.
A. FRANCE	04.67.94.79.93.	04.67.94.23.19.
V. HUGO	04.67.94.71.90.	04.67.94.23.07.
J. VERNE	04.67.26.95.72.	04.67.26.20.06.
LITTORAL	04.67.00.89.11.	04.67.00.89.14.

Accueils de Loisirs		
St. MARTIN	04.67.21.32.08.	04.67.21.30.90.
LITTORAL	04.67.00.89.15.	04.67.00.89.16.

agde Archipel de vie

HOTEL DE VILLE
CS 20007
34306 AGDE CEDEX

DIRECTION DE L'EDUCATION
04.67.94.65.10

ALLOCATIONS FAMILIALES
Caf de l'Hérault

ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

Ecole : .....

Maternelle ☐

Elémentaire ☐ Ados ☐

GUIDE D'INSCRIPTION DES ACCUEILS DE LOISIRS (ALP, NAP et ALSH)

(du 1 septembre 2016 au 31 août 2017)
Guide téléchargeable sur www.ville-agde.fr

DOCUMENTS A FOURNIR

Eléments obligatoires quel que soit l'Accueil choisi :

- Fiche sanitaire de liaison remplie et signée
(document joint page 2 et 3)
- Visa des parents attestant avoir pris connaissance du règlement

Pour l'accueil de loisirs extrascolaire (St. Martin ou Littoral) :

- Copie de la carte CAF Loisi-Soleil.

Pour l'accueil de loisirs périscolaire du matin (Ecoles) :

- Certificat de travail des deux parents.

Pour les Nouvelles Activités Périscolaires (NAP) (pour les élémentaires) :

- Fiche de vœux.

Je soussigne M., Mme..... atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur.
Agde le.....Signature du responsable légal.....

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - **ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **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				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

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

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ❑ non ❑ MÉDICAMENTEUSES oui ❑ non ❑

ALIMENTAIRES oui ❑ non ❑ AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 - **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5 - **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3

Cegetel 01