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'ENFANCE
ET DE LA FAMILLE
04.67.94.65.10

ENFANT

Nom :
……

Prénom :
……

Ecole :
……

Maternelle ☐

Elémentaire ☐ Ados ☐

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

(du 1 septembre 2021 au 31 août 2022)
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) :

- Numéro allocataire CAF.

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……

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

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

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

.....
.....
.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....
.....
.....
.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE :..... .....
....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE :..... .....
....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :