



## ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION 2024

**1 janvier 2024 au 31 décembre 2024**

**NOUVEAU : 3 sites seront ouverts les mercredis et selon les tranches d'âges  
des navettes bus entre les ALSH seront mises en place**

Accueil de loisirs MARCENAI (vacances)  
Accueil de loisirs SAINT YZAN DE SOUDIAC (mercredis et vacances)  
Accueil de loisirs CEZAC (mercredis)  
Accueil de loisirs CAVIGNAC (mercredis)

Vos besoins :  
 Mercredis  
 Vacances

### ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : M  F  Né(e) le : ..... à : .....

**Age de l'enfant à ce jour : ..... (à compléter impérativement)**

### PARENTS OU RESPONSABLE DE L'ENFANT

Parent 1

Parent 2

Assistante familiale

NOM, Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone ☎..... Portable : .....

Nom et téléphone du travail du parent 1 : .....(en cas d'urgence)

NOM, Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone ☎.....Portable : .....

Nom et téléphone du travail du parent 2 : .....(en cas d'urgence)

Situation familiale : .....

Adresse mail : .....

**👉 Important : Depuis janvier 2023 rendez-vous sur le portail famille pour effectuer vos réservations  
(<https://mon-portail-famille.fr/alsh-cdc-latitude-nord-gironde>) votre accès sera actif après traitement de  
votre dossier 2024.**

Tourner SVP →

## ORGANISME D’AFFILIATION

Régime de rattachement de l’enfant :

- Régime général (CAF)                       Régime MSA                       Autres régimes  
 N° CAF.....                       N°sécurité Sociale..... (à compléter impérativement)

## DEPART DE L’ENFANT

Quitte seul l’Accueil de Loisirs à la fin des activités (enfant âgés de 7 ans et plus uniquement)

*Dans ce cas, je dégage l’Accueil de Loisirs et la Communauté de Communes de toute responsabilité vis-à-vis de mon enfant après la sortie de l’Accueil de Loisirs.*

Sera pris en charge par :       les parents      ou/et       un adulte responsable

## Noms et téléphones des personnes habilitées à prendre en charge votre enfant

NOM : ..... : ...../...../...../...../.....

NOM : ..... : ...../...../...../...../.....

NOM : ..... : ...../...../...../...../.....

## AUTORISATIONS

Autorisation de photographier mon enfant dans le cadre des activités et sorties des Accueils de Loisirs.

Autorisation de consulter votre Quotient Familial transmis par la CAF      **OBLIGATOIRE**

Autorisation de conserver les données personnelles au-delà de 3 ans.

J’autorise la Communauté de Communes Latitude Nord Gironde à utiliser mon adresse mail pour l’envoi d’informations émanant uniquement de ses services.       oui       non  
(Dans ce cadre, mon adresse sera conservée deux ans)

Je soussigné(e) : .....

responsable légal de l’enfant : .....

**déclare** exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise

- les responsables des Accueils de Loisirs à prendre le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l’état de mon enfant,
- mon enfant à participer aux activités et sorties organisées par les Accueils de Loisirs.

**certifie** avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Fait à .....

Signature des parents ou du responsable de l’enfant,

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024

### A compléter impérativement

**ENFANT :** Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Sexe :  M

F

Vaccinations à jour :  oui  non (joindre la copie du carnet de santé)

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCIN OBLIGATOIRE	Oui	Non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
DT Polio				Coqueluche	
				ROR	
				Haemophilus influenzae de type B	
				Hépatite	
				Pneumocoque	

*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.*

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom du médecin : ..... Tel : .....

Régime alimentaire : .....

PAI (Projet d'accueil Individualisé) :  oui  Non

**Situation de handicap :**  oui  Non

**Type :** .....

**Auxiliaire de vie :**  oui  Non

**Si oui = fournir le justificatif ou attestation**

L'enfant suit-il un traitement médical ?  oui  Non

*Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)*

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (rayer les mentions inutiles) :

Rubéole - varicelle - angine - rhumatisme articulaire aigu

scarlatine - coqueluche - otite - rougeole - oreillons

Allergies : asthme  oui  non

alimentaire  oui  non

médicamenteuses  oui  non

autres : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le Signaler)

.....

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires,

etc.....

*Les informations recueillies par CC LNG font l'objet d'un traitement informatique destiné à assurer la gestion dématérialisée du service. Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, à l'effacement, à la limitation, à la portabilité ainsi qu'à opposition en contactant la CC LNG. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL en cas de méconnaissance des dispositions susvisées.*