

# ACCUEIL DE LOISIRS

## " LES PETITS MOUSSES "

### *Equipe d'animation*



**Sonia VINCENT**

*Directrice*



**Andréa CARRE**

*Directrice adjointe*



**Ana BARRACA DA SILVA**

*Animatrice*

### **Horaires périscolaire**

Lundi, mardi, jeudi, vendredi  
de 7h30 à 8h30  
de 16h à 18h30

Les mercredis de 7h30 à 18h30

### **Horaires vacances**

Lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi  
de 7h30 à 18h30

Le centre est fermé :

- La dernière semaine d'août
- Les deux semaines de Noël

## Documents à fournir pour l'inscription :

- Attestation d'assurance responsabilité civile de l'année en cours
- Photocopie de l'attestation CAF mentionnant ou non le quotient familial
- Photocopie de la carte d'identité du responsable de l'enfant
- Signer le formulaire d'autorisations
- Carnet de santé de l'enfant : photocopie des vaccinations
- Photocopie de la carte d'identité de la personne habilitée à récupérer l'enfant



*Place de la République  
17410 Saint-Martin-de-Ré  
05.46.68.02.88 / 07.80.06.70.96  
alsh.lespetitsmousses@17410.fr*

## Autorisations

	OUI	NON
Autorise la responsable de l'ALSH de Saint-Martin-de-Ré à faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence, lors d'un éventuel accident qui pourrait survenir pendant les activités.		
Autorise mon enfant à se faire prendre en photo pendant l'ALSH pour publication dans les journaux, gazette municipale et sur les groupes de réseaux sociaux destinés aux parents.		
Autorise mon enfant à se déplacer en mini bus, occasionnellement dans l'année scolaire pour une sortie pendant l'ALSH. Les animatrices sont habilitées par la mairie à transporter des enfants.		
Autorise mon enfant à se baigner à la piscine ou à la plage dans le cadre des activités de l'ALSH.		

Fait à

Le

Signature

## Informations

- Nom de l'enfant :
- Prénom de l'enfant :
- Date de naissance :
- Né(e) à :
- Date d'inscription :
- Ecole :
- Classe :

- N° contrat assurance RC :
- Mutuelle :
- Lieu d'hospitalisation :
- CAF :
- Type de repas :
- Allergie repas :

Personnes à prévenir en cas d'accident + téléphone	Personnes habilitées pour récupérer l'enfant + téléphone

### Responsable n°1

- Nom et prénom :
- Email :
- Adresse :
- Ville :
- Téléphone :
- Situation familiale :

### Responsable n°2

- Nom et prénom :
- Email :
- Adresse :
- Ville :
- Téléphone :
- Situation familiale :

Je soussigné(e)

déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.

Fait à

, le

Signature



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

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

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).

SEX : **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 :