

Fiche d'inscription annuelle 2024-2025

La collectivité de MOYENNEVILLE a confié la gestion de l'accueil de loisirs des petites et grandes vacances ainsi que des mercredis à l'association Léo Lagrange Nord Ile de France depuis SEPTEMBRE 2011.

Votre ou vos enfants vont fréquenter l'accueil de loisirs.

Afin de l'accueillir dans les meilleures conditions, nous avons besoin de recueillir des informations de votre part. Merci de Compléter cette fiche de renseignements et de la rapporter au plus vite au directeur.trice de l'accueil de loisirs.

En cas de modification de tout ou partie de ces informations durant l'année scolaire, vous devez en informer la directrice de l'accueil de loisirs.

Les règles d'utilisation de cet accueil de loisirs sont précisées dans le règlement intérieur joint à cette fiche. Après en avoir pris connaissance, vous vous engagez à les respecter.

Structure Léo Lagrange	ALSH LEO LAGRANGE MOYENNEVILLE
Coordonnées	<p>37 IMPASSE DES ACACIAS 60190 MOYENNEVILLE TELEPHONE FIXE : 03.44.86.87.61 (seulement le mercredi ou vacances scolaire) TELEPHONE PORTABLE : 06.37.59.87.71 ADRESSE MAIL : alsh.moyenneville@leolagrange.org</p>
Responsable	MADAME El Fettouhi Marlène

Renseignements concernant l'enfant :

Nom : Prénom :

Sexe : M F Date de naissance : __/__/____ Age :

Classe: _____ Ecole : _____

Régime alimentaire : sans gluten sans viande sans porc autre préciser _____

Parent ou responsable légal 1 :

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Code postal : _____ Ville :

Tel fixe et portable : __/__/__/__/__ ET __/__/__/__/__

Mail : _____@_____

Profession : Employeur :

Parent ou responsable légal 2 :

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Code postal : _____ Ville :

Tel fixe et portable : __/__/__/__/__ ET __/__/__/__/__

Mail : _____@_____

Profession : Employeur :

Nombre d'enfant(s) à charge :

Êtes-vous allocataire CAF ? Oui Non N°CAF : _____

Caisse d'appartenance :

Percevez-vous des allocations CAF : Oui Non

Autre régime : MSA SNCF EDUCATION NATIONALE AUTRE

Avez-vous une mutuelle ? Si oui, nom et adresse :



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

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
Diptérie				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

- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ?

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.

Votre enfant a-t-il un PAI ?

oui non

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES: ASTHME oui non

ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

.....

.....

.....

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

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

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

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 à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

Application

Je souhaite recevoir une invitation pour être connecté(e) à l'application web mobile léolagrange.kidizz.com, qui me permet de suivre les activités de mon enfant lors des temps d'accueils. C'est un réseau interne à chaque accueil, sécurisé, privé et gratuit.

Droit à l'image et à la voix

J'autorise, mon enfant à être pris en photo, filmé ou enregistré dans le cadre des accueils de loisirs. Ils pourront être utilisés par L'association Léo Lagrange et la Ville de Moyenneville afin d'illustrer leurs publications : magazines, réseau social, site internet ou d'éventuelles expositions/valorisations dans l'école.

OUI



NON

J autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant sur la structure :

NomTEL :

NomTEL :

Nom:TEL

J'Autorise mon enfant de plus de 10 ans à arriver seul à l'accueil de loisirs et/ou à rentrer seul à la fin des activités

oui

Non

- Précisez l'heure de l'arrivée :

- Précisez l'heure de départ :

Assurance responsabilité civile :

Nom de la compagnie d'assurance :.....

N ° de contrat :.....

Je soussigné (e),

représentant (e) légal de l'enfant :.....,

m'engage et valide l'ensemble des informations contenues dans ce document et autorise le traitement des données personnelles figurant dans cette fiche de renseignements dans les conditions énumérées dans la rubrique Politique de Confidentialité pour l'année scolaire 2023/2024.

Politique de Confidentialité des données personnelles

Les informations personnelles recueillies dans la fiche renseignements périscolaires sont obligatoires pour permettre l'accès de votre enfant à l'accueil périscolaire.

*Les données recueillies ainsi que les informations sanitaires sont réservées uniquement aux services périscolaires et la direction de **LEO LAGRANGE NORD-IDF**. Les fiches sont conservées sous format papier dans un placard sous clé. Les données nominatives sont conservées pour une durée maximale de 2 ans, avant qu'elles ne soient totalement détruites.*

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de vos données ou d'une limitation du traitement.

Vous pourrez exercer ces droits en vous adressant à **LEO LAGRANGE NORD-IDF:**

Par courrier: 27 rue de l'Amiral Courbet 80 000 Amiens

Par mail: privacy.lno@leolagrange.org

Date:

Signature :

Pièces à fournir :

Photocopie des vaccinations obligatoires à jour

Attestation allocataire CAF, MSA ou autre régime

Impôts sur les revenus 2023 sur 2022 si non allocataire CAF

Attestation d'assurance responsabilité civile pour l'enfant

Justificatif de domicile de moins de 3 mois

En cas de garde alternée ou de conditions particulières de prise en charge un justificatif (jugement, déclaration)

**ATTENTION : Tous les dossiers incomplets
seront refusés**