

DOSSIER D'ACCUEIL 2024-2025

Pièces à joindre au dossier :

- une attestation de quotient familial
- la photocopie du carnet de santé de votre enfant (vaccinations uniquement)
- le bulletin d'adhésion familiale pour l'année **2024-2025**

J'ai lu et j'accepte le règlement intérieur, je m'engage à le respecter.

à..... le.....

signature :

INFORMATIONS ENFANT

NOM :
Prénom :
Sexe : Féminin Masculin
Date de naissance :
École fréquentée :
Classe :

INFORMATIONS FAMILLE

PARENT 1

NOM :
Prénom :
Qualité : père/mère/beau-père/belle-mère
(rayer les mentions inutiles)
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone perso :
Téléphone pro :
Mail :

PARENT 2

NOM :
Prénom :
Qualité : père/mère/beau-père/belle-mère
(rayer les mentions inutiles)
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone perso :
Téléphone pro :
Mail :

RESPONSABLE LÉGAL

(si différent des parents)

NOM :
Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone perso :
Téléphone pro :
Mail :

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR RECUPÉRER L'ENFANT

Nom	Prénom	n° téléphone

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Autorisé.e à partir seule : OUI NON
Hospitalisation en cas d'urgence : OUI NON
Prise de photo : OUI NON
Port de lunettes : OUI NON
Port d'un appareil dentaire : OUI NON
Port d'un dispositif auditif : OUI NON
Régime particulier : OUI NON
Si oui merci de préciser lequel :

DATE ET SIGNATURE :



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
MÉDICAMENTEUSES 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 :

La Tribu est une association à but non lucratif (loi 1901), créée en 2000 pour favoriser l'accès aux loisirs de la population du territoire.

Nos valeurs :

La Tribu se définit comme : - un espace **d'accueil**
- un espace **de lien social**
- un espace **de découverte**
- un espace **d'éducation populaire**

La Tribu est un Espace de Vie Sociale (EVS)

Nos actions :

Accueil des
habitants

Animation
du
territoire

Relais et
ressources

Je partage les valeurs et j'adhère à
l'association :

Nom :

Prénom :

Adresse:

Code Postal:

Ville :

Téléphone :

e-mail :

J'adhère à l'association "La Tribu" et j'accepte de
recevoir par mail les informations de l'EVS.

10 euros : adhésion familiale

5 euros : adhésion individuelle adulte

Je soutiens La Tribu, je fais un don : de €

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par La Tribu pour la gestion et l'exploitation des activités régulières. Elles sont conservées pendant 5 ans et sont destinées aux gestionnaires du service et organismes de contrôle. Conformément à la "loi informatique et liberté", vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en nous contactant par mail à l'adresse suivante : contact@asso-la-tribu.org

Ce projet vous intéresse ?

Devenez bénévoles avec nous !