

**NOM** de l'enfant : ..... **Prénom(s)** : .....

Sexe : Féminin      Masculin

**Date et lieu de naissance** : .....

**Adresse** : .....

**FAMILLE** : Monsieur et Madame       Madame       Monsieur

**Situation familiale** : .....

**Courriel pour correspondance et facturation** : .....

RESPONSABLE LEGAL 1	RESPONSABLE LEGAL 2
NOM : .....	NOM : .....
Prénom(s) : .....	Prénom(s) : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
.....	.....
Tel domicile : .....	Tel domicile : .....
Portable : .....	Portable : .....
Profession : .....	Profession : .....
Tel Professionnel : .....	Tel Professionnel : .....
Courriel : .....	courriel : .....

**N° de sécurité sociale** : .....

**Nom et adresse de l'assurance Responsabilité Civile (individuelle accident obligatoire)** : .....

.....

**N° assurance** : .....

Nous vous conseillons de souscrire un « contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels vos enfants peuvent être exposés lors de leur participation aux activités ». Article L227-5 du code de l'action sociale et de la famille.

**Allocataire** :    **CAF numéro** : .....      **MSA** : .....

**AUTRES précisez** : .....

J'autorise la direction de l'ALSH à consulter le site CAFPRO de la CAF, afin de déterminer le quotient familial à appliquer le cas échéant :    OUI     NON

# Fiche sanitaire

**Vaccinations** (se référer au carnet de sante ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccination	Maladies correspondants	Nom des vaccins	Date de la dernière vaccination
BCG – avant 6 ans	Tuberculose	Monovax	
DTPC	Diphtérie Tétanos Polio Coqueluche	Haemophilus Influenzae type B Infanrix Polio Infanrix Polio HIB Pentavac Pentacoq DT Polio	
ROR – conseillé mais pas obligatoire	Rougeole – Oreillons Rubéole	ROR	

**REGIME :**  Oui  Non

Si oui lequel.....

**ALLERGIES :**

	OUI	NON	CAUSE, CONDUITE A TENIR , SIGNES EVOCATEURS
Alimentaire			
Médicamenteuse			
Autre (animaux, plante, pollen)			

**En cas de PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) nécessaire merci de contacter les responsables de l'accueil.**

**Médecin traitant (nom et coordonnées) :**

.....

**AUTRES RECOMMANDATIONS (lunettes, prothèses...)**

.....

.....

.....

**Coordonnées des personnes autorisées à venir chercher mon enfant et/ou à contacter en cas de besoin :**

nom, prénom	adresse	n° de téléphone

**Autorisations**

Je soussigné ....., responsable légal de l'enfant.....

**Autorise** (barrer la mention en cas de désaccord)

- sa participation aux activités organisées par l'accueil de loisirs,
- les voyages en car ou minibus,
- mon enfant à être filmé ou pris en photos :
  - ⇒ l'image de mon enfant pourra être diffusée dans les communications internes (panneaux affichages, diaporama...)
  - ⇒ l'image de mon enfant pourra être diffusée dans les communications externes (le bulletin, le site internet de la communauté de communes ou commune, la presse)
- mon enfant à se baigner (dans le respect des normes de sécurité),
- Le responsable de l'accueil de loisirs à administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant (sous ordonnance),
- D'appliquer la crème solaire en cas de nécessité,
- d'administrer des granulés ou crèmes homéopathiques (arnica...) en cas de chutes,
- l'équipe de l'accueil de loisirs à appeler les secours qui prendront toutes les mesures nécessaires en cas d'urgences médicales. Je m'engage à rembourser tous les frais (médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques et transports éventuels).

## Règlement intérieur :

### **Présentation de la structure :**

L'accueil de loisirs de Plounévez-Lochrist se situe au sein de la maison de l'enfance de Plounévez-Lochrist. Il est géré par la communauté de communes de la baie du Kernic.

Les enfants sont accueillis à partir de **3 ans jusqu'à 12 ans**.

Le centre de loisirs est agréé pour recevoir 45 enfants. Nous disposons de 20 places pour les moins de 6 ans et de 25 pour les 6/12ans.

### **Ouverture:**

Le Centre de Loisirs est ouvert les mercredis et durant les vacances scolaires (fermeture 1 semaine durant les vacances de Noël)

Il accueille les enfants **à partir de 7h30 jusqu'à 18h30**

Les activités du matin débutent à 10h jusqu'à 12h puis de 14h à 17h.

La direction se réserve la possibilité de modifier les horaires en cas de besoin (sortie, nombre d'enfants restreints).

### **Inscription :**

Pour toute nouvelle inscription il vous sera demandé de remplir **une fiche d'inscription** et de fournir un certificat médical d'aptitude à la pratique sportive et à la baignade (il est obligatoire).

Les enfants peuvent être inscrits à la journée, demi-journée, avec ou sans repas.

Merci de **prévoir les inscriptions au plus tard 48 h à l'avance** car nous devons commander les repas et prévoir le personnel nécessaire à l'encadrement de vos enfants. Pour les mêmes raisons les **annulations non prévues 48 h à l'avance seront facturées**.

Pour toutes inscriptions vous pouvez nous joindre :

téléphone au : 02 98 61 63 01

courriel : [acm.plounevez@hlc.bzh](mailto:acm.plounevez@hlc.bzh)

### **Le projet pédagogique de la structure s'articule autour du « Vivre ensemble » :**

- Respect de chacun : en tenant compte du rythme de vie des enfants
- Donner à chacun une place dans le groupe : en lui permettant de s'exprimer, en l'encourageant dans ses initiatives.
- Développement de l'autonomie : en les amenant à participer aux tâches quotidiennes et en les responsabilisant.
- Favoriser l'expérimentation : en créant un univers favorable au jeu, à l'imaginaire, au bien être, en favorisant leur rythme, en valorisant leurs idées.
- Développer les liens avec les familles et les acteurs locaux en diversifiant les activités et leur approche, en les accompagnant à la découverte de leur environnement.

**Je certifie avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement ainsi que du projet pédagogique de l'accueil de loisirs de Plounévez-Lochrist.**

**Signature des représentants légaux :**

Date et mention « lu et approuvé »