



**ASSOCIATION DES CENTRES DE LOISIRS**  
11, avenue Jean Perrot - 38100 GRENOBLE  
Tél. 04 76 87 76 41 - secretariat@acl-grenoble.org

**DOSSIER DE L'ENFANT**  
Adhésion année 2024 - 2025

**NOM DE L'ENFANT :** ..... **Prénom :** .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Votre choix pour les repas :  Avec viande  Sans viande  PAI

Age : ..... ans  Garçon  Fille Ecole fréquentée : .....  Matern.  Primaire  Collège

**Responsable légal inscrivant l'enfant :** [ ..... ]

NOM ..... Prénom .....

Adresse .....

Code postal ..... Commune ..... Tél. ....

Profession et Employeur .....

Adresse mail de contact : ..... @ .....

Par défaut, tous les documents sont envoyés par mail.  Je préfère recevoir tous les documents par courrier postal.

**Autre responsable légal de l'enfant :** ..... Tél. ....

CAF de l'Isère n° Alloc. | ..... |  MSA n° | ..... | Quotient Familial | .....

**Déclaration du responsable légal de l'enfant**

Je soussigné ....., responsable légal de l'enfant désigné ci-dessus

- autorise mon enfant à participer à toutes les activités du centre de loisirs ou du centre de vacances où je l'ai inscrit.
- m'engage à régler le montant de ma participation financière dès réception des demandes de règlement.
- m'engage à reverser à l'ACL le montant des dépenses engagées pour le transport ou le traitement en cas de maladie ou d'accident de l'enfant.
- m'engage à prendre à ma charge les frais supplémentaires (trajet et accompagnement) occasionnés par l'exclusion de l'enfant pour raison d'inadaptation.

**Règlement intérieur**

- l'adhésion à l'association (non remboursable) implique l'acceptation de son règlement intérieur (consultable au siège, ou sur le site internet de l'association).
- la participation à nos activités suppose l'acceptation implicite de l'utilisation, par l'ACL, des photos prises lors des activités. Tout refus doit être signalé avant le séjour, par courrier adressé au directeur de l'association.

**Assurances**

- l'association est assurée auprès de la M.A.I.F. pour toutes les activités qu'elle organise. Cette assurance ne couvre pas la perte de vêtements ou d'objets personnels appartenant aux enfants, et notamment les lunettes de vue ou de soleil.

**Absence ou défection**

- centres aérés : remboursement de la journée uniquement sur présentation d'un certificat médical pour maladie (remis sous 8 jours maximum). Pour les CESU et les Chèques Vacances, ce remboursement se fera sous forme d'avoir (valable 1 an).
- activités spécialisées (ski, équitation, ...) et séjours avec hébergement : tarifs forfaitaires non remboursables.

**Décharge de responsabilité** (concerne uniquement les enfants de 7 ans et plus).

- J'autorise mon enfant à rentrer seul à mon domicile uniquement à partir de 18h.
- J'autorise mon enfant à rentrer seul à mon domicile, à partir de 17h, après la fin des activités pour lesquelles il a été inscrit, ou après l'arrivée du car de ramassage, et décharge l'ACL, le directeur, l'animateur de toute responsabilité.

**Autres personnes à prévenir en cas d'urgence, et habilitées à venir chercher l'enfant, en dehors du ou des responsables légaux :**

NOM	Prénom	N° de téléphone

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

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

ENFANTS NES AVANT 2018	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS OIGATOIRES ENFANTS NES A PARTIR DE 2018	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Vaccins obligatoires		Diphthérie - Tétanos - Poliomyélite	
Diphthérie - Tétanos - Poliomyélite		Rougeole - Oreillons - Rubéole	
Vaccins recommandés		Coqueluche	
Rougeole - Oreillons - Rubéole		Haemophilus	
BCG		Pneumocoque	
Méningite		Meningocoque C	
Autre : .....		Hépatite B	
Autre : .....		Autre : .....	

Si l'enfant ne possède pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE (DTP) NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre ?  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.

**L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? (cochez les cases)**

<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Angine
<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Scarlatine	<input type="checkbox"/> Coqueluche
<input type="checkbox"/> Oïte	<input type="checkbox"/> Oreillons	<input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu
<b>ALLERGIES</b> (cochez les cases)	<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Médicamenteuses
	<input type="checkbox"/> Alimentaires	Autres : .....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) :**

.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS les DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), en précisant les dates et les **PRÉCAUTIONS À PRENDRE** :

.....  
.....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, est-il sujet au mal des transports, comportement de l'enfant, handicap ou particularité, a-t-il besoin d'un encadrement spécifique etc ... ?  
Précisez :

.....  
.....

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant désigné ci-dessus, déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et sur cette fiche sanitaire de liaison, et autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Grenoble, le .....

Signature obligatoire