



ZOU

ACCUEIL DE LOISIRS

PRATIQUE

Pour ne pas imprimer : ce dossier peut être complété directement avec certains lecteurs PDF (Adobe Acrobat Reader), avec l'outil gratuit « Remplir et Signer » à droite de l'écran.

DOSSIER D'INSCRIPTION

Année scolaire 2021/2022

En nous retournant les documents d'inscription au ZOU, vous attestez avoir bien pris connaissance du «Grimoire du ZOU» joint à ce dossier et en acceptez l'intégralité des conditions.

Les documents à nous fournir

- La fiche de renseignements complétée et signée
- La fiche sanitaire complétée et signée
- Une attestation d'assurance responsabilité civile au nom de votre enfant
- Une copie du carnet de vaccination ou une attestation du médecin précisant que votre enfant a bien reçu les vaccins obligatoires (DTP 2 injections + 1 rappel)

Ces documents sont indispensables pour accueillir au mieux votre enfant, et légalement obligatoires (nous gardons la copie des vaccins des enfants qui sont déjà venus chez nous au ZOU ou en colo ; ce n'est pas la peine de la fournir à nouveau)

Les documents à conserver

- Le «Grimoire du ZOU» joint à ce dossier

Merci de nous transmettre tous les documents d'inscription, au choix :

- par mail à alsh@grandeurnature48.com
- par courrier à Base de plein air Grandeur Nature, Le Lac 48800 Pourcharesses
- en mains propres le premier jour de présence de votre enfant.

Une fois l'inscription enregistrée, vous pourrez réserver des activités à la journée ou à la demi-journée toute l'année. Nous vous communiquerons un code personnel pour accéder à notre portail famille en ligne. Il vous permettra, si vous le souhaitez, de directement gérer vos réservations, consulter vos factures et paiements, modifier vos informations personnelles... Sinon, vous pourrez aussi faire tout cela auprès de nous par mail ou téléphone. Allez ZOU et à bientôt !

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'ABSENCE DES RESPONSABLES
LÉGAUX

- Nom et prénom :
- Tél : ____ - ____ - ____ - ____ Lien avec l'enfant :

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT EN DEHORS DES
RESPONSABLES LÉGAUX

- Nom et prénom :
- Tél : ____ - ____ - ____ - ____ Lien avec l'enfant :
- Nom et prénom :
- Tél : ____ - ____ - ____ - ____ Lien avec l'enfant :

L'enfant est-il autorisé à rentrer chez lui seul après le ZOU ? Oui Non

Si oui, à quelles heures (entre 12h-13h30 et 17h-18h30) ?.....

DROIT A L'IMAGE

Je, sous-signé(e), responsable légal, autorise / n'autorise pas(1) l'équipe d'animation à prendre des photos de mon enfant (photos de groupe, photos des activités), et à les utiliser :

- sur la page Facebook de Grandeur Nature pour partager les souvenirs du ZOU :

Oui Non

- sur différents sites Internet et supports papier pour la promotion des activités de

Grandeur Nature :

Oui Non

Fait à, le ____ / ____ / ____

Signature :

(1) Rayer la mention inutile

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

L'ENFANT

NOM : Sexe : F - M

Prénom :

Date de naissance :

Ecole :

Classe :

Sait nager : Oui Non Un peu

Centres d'intérêt, activités pratiquées :

Adresse de résidence :

Code postal : Ville :

LES RESPONSABLES LÉGAUX

Tarifcation en fonction du Quotient Familial (allocataires CAF ou MSA) ; pour que nous puissions vérifier votre QF et prétendre à une réduction de tarif indiquez :

N° d'allocataire : Quotient familial :

• Nom et prénom responsable légal 1 :

Tél : ____ - ____ - ____ - ____ Adresse e-mail :@.....

• Nom et prénom responsable légal 2 :

Tél : ____ - ____ - ____ - ____ Adresse e-mail :@.....

L'enfant vit chez (1) : ses deux parents – son père – sa mère – son tuteur/sa tutrice

(1) Rayer les mentions inutiles

CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX DE VOTRE ENFANT ; EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE, ELLE PERMET DE TRANSMETTRE IMMÉDIATEMENT AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ LES ÉLÉMENTS NÉCESSAIRES À UNE PRISE EN CHARGE IMMÉDIATE ET EFFICACE .

ENFANT NOM : _____ PRÉNOM : _____
 SEXE : M – F DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou certificats de vaccinations)

△ Joindre obligatoirement la copie des pages correspondantes du carnet de santé ou une attestation du médecin. △

Si l'enfant n'est pas vacciné, joindre un certificat médical de contre-indication

	VACCINS		DATE DU DERNIER RAPPEL
	OUI	NON	
Obligatoires	Diphtérie		
	Tétanos		
	Poliomyélite		
	Coqueluche		
	Haemophilus		
Recommandés	Rubéole - Rougeole-Oreillons		
	Hépatite B		
	Pneumocoque		
	BCG		
	Autres (préciser) :		

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

- Poids :kg Taille :cm
- **ALLERGIES** Alimentaires Oui Non
 Médicamenteuses Oui Non
 Autres (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir

.....

.....

.....

.....

.....

- Votre enfant suit-il un **traitement médical** ? Oui Non
 - Si oui**, merci de nous faire parvenir 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, même du Doliprane®.** △
 - Présente-t-il actuellement un **problème de santé** (si oui lequel) ? Oui Non
-
-

• A-t-il déjà eu les **maladies** suivantes :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations...)

- **Recommandations utiles** (régime alimentaire particulier, lunettes, appareil dentaire, énurésie, sommeil...) :
-
-

• **Nom et tél du médecin traitant** :

N° de Sécurité Sociale : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Adresse du centre payeur :

Adhères-vous à une mutuelle ? Oui Non Si oui, laquelle :

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si besoin. J'autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures médicales rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant. Je m'engage à rembourser tous les sommes avancées par Grandeur Nature pour ces soins.

Fait à le ____ / ____ / ____ Signature :