

# DOSSIER INDIVIDUEL 2024

ALSH  
DOMMARTIN LES TOUL

## LE PARTICIPANT :

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

âge : \_\_\_\_\_ ans

Coller ici  
la photo d'identité  
du participant

## INFORMATIONS AUX PARENTS

Vous venez d'inscrire votre enfant à un accueil de loisirs organisé par l'Aroéven de Lorraine, nous vous remercions par avance pour votre confiance.

**Pour finaliser l'inscription, merci d'envoyer ou de déposer ce dossier, toutes les pièces demandées ainsi que le règlement (s'il n'est pas déjà réglé) à l'Aroéven de Lorraine.**

Ce dossier permet à la direction de l'ALSH de pouvoir vous joindre pendant le séjour de votre enfant et d'avoir connaissance de son dossier médical.

Il sera valable pour tous les accueils de loisirs de l'année 2024 et sera archivé à la fin de l'année.

**MERCI DE LE RETOURNER À L'AROEVEN DE LORRAINE  
AU PLUS TARD 7 JOURS AVANT LE DÉBUT DU CENTRE;**

La présentation de la semaine vous sera envoyée au plus tard 7 jours avant le début du séjour.

## DOCUMENTS INDISPENSABLES À JOINDRE À CE DOSSIER :

- attestation de sécurité sociale / le cas échéant attestation CMU
- photocopie du carnet de vaccinations (à jour) / le cas échéant, un certificat médical de non contre-indication à la vie en collectivité

## LES RESPONSABLES LÉGAUX

### Responsable légal 1 :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Autre numéro joignable pendant le séjour (facultatif) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

### Responsable légal 2 (facultatif) :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Autre numéro joignable pendant le séjour (facultatif) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

## PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

(susceptible d'accueillir le jeune en cas de rapatriement sanitaire ou de renvoi)

NOM - Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

## PERSONNE AUTORISÉE À RÉCUPÉRER L'ENFANT

(si différent des responsables légaux)

NOM - Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## COUVERTURE ET PROTECTION SOCIALE

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Nom de la complémentaire santé : \_\_\_\_\_

N° d'adhérent : \_\_\_\_\_

Bénéficiez-vous de l'aide médicale gratuite (CMU) ? OUI  NON

## ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

Compagnie : \_\_\_\_\_

N° de contrat : \_\_\_\_\_

N° de téléphone de l'agence : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## MÉDECIN TRAITANT

Nom : Dr. \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

## LE PARTICIPANT

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexe : F  M

Ville de naissance : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Pointure : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ cm Poids : \_\_\_\_\_ kg

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE PARTICIPANT

### VACCINS :

Votre enfant est-il à jour de ses vaccinations obligatoires ?

OUI  NON

(si OUI : joindre la photocopie du carnet de vaccinations, si NON : joindre un certificat médical de contre-indication aux vaccins et d'autorisation à participer à un séjour en collectivité)

### TRAITEMENT

L'enfant suit-il un traitement pendant le séjour : OUI  NON

si OUI lequel ? \_\_\_\_\_

joindre OBLIGATOIREMENT LE JOUR DU DÉPART l'original de l'ordonnance à jour et les médicaments correspondants.

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE.

### MALADIES :

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Coqueluche  Oreillons  Rougeole  Rubéole  Scarlatine  Varicelle

Votre enfant est-il sujet à ?

Angine  Otite  Bronchite

Asthme  Rhumatismes  Autre : \_\_\_\_\_

### ALLERGIES :

Votre enfant a-t-il des allergies ?  OUI  NON

si OUI lesquelles : \_\_\_\_\_

### AUTRES INFORMATIONS :

Votre enfant sait-il nager ?  OUI  OUI, avec brassards  NON

Si c'est une fille, est-elle réglée ?  OUI  NON

L'enfant mouille-t-il son lit ?  PARFOIS  SOUVENT  NON

L'enfant présente un problème médical particulier ?  NON  OUI - Précisez : \_\_\_\_\_

Précisions à apporter (appareil auditif, appareil dentaire, lunettes de vue, lentilles de contact, etc..) : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS ALIMENTAIRES :

L'enfant mange :  TOUTE VIANDE  SANS PORC  VÉGÉTARIEN

L'enfant a-t-il des allergies ou des intolérances alimentaires ?  OUI  NON

Si oui lesquelles : \_\_\_\_\_

# DÉCLARATION DES RESPONSABLES LEGAUX (à compléter par LES parents)

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Père, mère, tuteur, responsable (rayez la mention inutile) du jeune :

l'autorise à participer au séjour et à pratiquer toutes les activités proposées dans le cadre de l'accueil de loisirs

Je déclare :

- Autoriser le directeur à faire soigner l'enfant et à faire pratiquer toutes les interventions d'urgences suivant les prescriptions du médecin.
- Me conformer aux conditions générales de ventes concernant l'utilisation d'images.
- M'engager à payer tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation non remboursés par la sécurité sociale (y compris les actes à l'étranger).
- M'engager en cas de renvoi pour raison d'inadaptation ou d'indiscipline, à renoncer à toute demande de remboursement.
- Autoriser l'équipe d'animation à transporter mon enfant en véhicule personnel durant le séjour en cas d'urgence.
- Dégager la responsabilité de l'AROEVEN avant le dépôt et après la récupération de l'enfant.
- Certifier exacts les renseignements portés sur ce dossier.

Signature  
Précédée de la mention  
«Lu et approuvé»

Fait à \_\_\_\_\_  
le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

## CHARTRE DU PARTICIPANT (à lire et à signer par Le participant et LES parents)

Tu as choisi de t'inscrire à un accueil de l'Aroéven dont le but est de faire passer à tous les participants des vacances saines, agréables et enrichissantes.

Le centre de loisirs est un lieu de vie citoyenne où tu vas vivre en groupe, sous la responsabilité de personnels qualifiés.

Afin de développer cette citoyenneté et de bien vivre ensemble, tu auras donc des DROITS (émettre un avis, faire des propositions, être respecté...) et des DEVOIRS, par le respect d'un ensemble de règles portant sur :

- la législation (interdiction de fumer, de consommer des alcools et des stupéfiants, non mixité dans les chambres et sanitaires),
- la sécurité (respect des consignes, du matériel),
- la vie collective (respect des horaires, des participants, des lieux),
- la vie quotidienne (participation active aux tâches liées au fonctionnement du centre),
- les activités (investissement dans les diverses propositions et dans leur mise en œuvre).

Toute conduite susceptible de nuire au bon fonctionnement du groupe (non-respect des règles, violences verbales ou physiques, atteinte à la sécurité d'autrui, comportement à risques, vol, usage de produits illicites, ...) remettrait en cause ce contrat, ce qui pourrait entraîner des mesures adaptées pouvant aller jusqu'au renvoi aux frais des parents ou responsables légaux.

Nous comptons sur ta collaboration et sommes prêts à recevoir toute proposition allant dans le sens d'une meilleure qualité de la vie collective et d'une amélioration du centre de loisirs.

J'ai bien pris connaissance de cette Charte et m'engage à la respecter.

Nom et prénom du participant : \_\_\_\_\_

Nom du séjour : \_\_\_\_\_

Signature  
du jeune :

Signature  
des parents :