



- 3 – 5 ans
- 6 – 9 ans
- 10 – 13 ans

FICHE SANITAIRE

ANNEE CIVILE 2024

Merci d'écrire en lettres majuscules

ALSH DE : Tencin / Saint Maximin / Les Adrets
 La Terrasse / Balcon de Belledonne

ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : Garçon Fille

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Responsable légal 1 : Père Mère

Nom : Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Numéro(s) de téléphone : Tel pro :

Mail

Responsable légal 2 : Père Mère

Nom : Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Numéro(s) de téléphone : Tel pro :

Mail

Famille d'accueil : Nom : Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Numéro(s) de téléphone :

Mail

INFORMATIONS GENERALES

Repas : Sans porc Sans viande

Pour les 3-5 ans :

Mon enfant fait la sieste : oui non

Mon enfant est autonome dans la propreté : oui non

DIVERS

Cette fiche et ses annexes 1 (Santé) et 2 (Autorisations) en pièces jointes sont valables pour toutes périodes d'inscription à l'accueil de loisirs intercommunal pour l'année civile 2024.

Je déclare/nous déclarons avoir pris connaissance des dispositions du règlement de fonctionnement ainsi que du règlement financier et je m'engage/nous nous engageons à les respecter : disponible sur notre site internet www.le-gresivaudan.fr ou afficher dans les accueils de loisirs.

Je m'engage/nous nous engageons à signaler toutes modifications auprès du secrétariat des accueils de loisirs intercommunaux et atteste/attestons sur l'honneur que toutes les informations et données personnelles inscrites sur cette fiche et ses annexes 1 (Santé) et 2 (Autorisations) sont exactes.

Je déclare/nous déclarons autoriser la communauté de communes à accéder au service CAFPRO, à saisir informatiquement les données sur le logiciel de facturation et à détruire les documents administratifs à N+ 2 et les documents médicaux à la fin de l'année concernée.

Fait à, le

Signature MANUSCRITE obligatoire des 2 représentants légaux,

Représentant légal n°1 - OBLIGATOIRE

Représentant légal n°2 – OBLIGATOIRE

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Toutes les données demandées sont à compléter obligatoirement, à défaut l'inscription ne sera pas prise en compte.

ANNEXE 1 : SANTE

NOM DE L'ENFANT : **PRENOM :**

1. L'enfant a-t-il/elle des **besoins spécifiques** et/ou **une pathologie** qui nécessiteraient une prise en charge particulière par la mise en place d'un **Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)** établi par le médecin de l'enfant (par ex : diabète, épilepsie, allergie, autres pathologies, en situation de handicap, prothèses, ...).

oui non

⇒ **Si oui** : avant que votre enfant n'intègre la structure, **merci de contacter la/le responsable de structure pour prendre RDV et d'organiser la mise en place du PAI si nécessaire.**

2. En cas de traitement médical ponctuel (hors PAI) :

Il convient de privilégier, dans la mesure du possible, les prises en deux fois (matin et soir) afin que les parents puissent l'administrer eux-mêmes.

S'il doit être obligatoirement réparti dans la journée, il pourra être administré au centre uniquement sur présentation d'une ordonnance du médecin traitant de l'enfant malade et après avis du responsable (l'état de santé de l'enfant doit être compatible avec un accueil en collectivité). Le(s) médicament(s) devra/devront être remis à l'équipe d'animation dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation. Le nom et le prénom du mineur devront être inscrits sur l'emballage.

ATTENTION : Aucun médicament (même homéopathique) ne pourra être délivré sans ordonnance.

3. Informations obligatoires complémentaires :

L'enfant a-t-il/elle des antécédents médicaux et chirurgicaux (*susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement du séjour*) : oui non

⇒ **Si oui** : merci de contacter **la/le responsable de structure**

4. Vaccins

Joindre **OBLIGATOIREMENT** toutes les copies des pages vaccinations du carnet de santé de l'enfant **NOMINATIVES**.

⇒ **Rappel** : toutes les vaccinations obligatoires doivent être à jour.

5. Coordonnées du médecin traitant :

Nom prénom :

Adresse :

Téléphone :

N° de sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché :

ANNEXE 2 : AUTORISATIONS

Je soussigné(e)/Nous soussignés

responsable(s) légal(aux) de l'enfant, autorise/autorisons :

A- l'équipe d'animation de l'accueil de loisirs à administrer les éventuelles médications sur présentation de l'ordonnance correspondante et/ou du PAI, et/ou à faire soigner et hospitaliser mon enfant en cas d'urgence lorsque l'état de santé de l'enfant le rend nécessaire. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

B- l'équipe d'animation de l'accueil de loisirs à conduire et transporter (par véhicule type « trafic » et véhicules individuels de la structure) ou à faire transporter par autobus mon enfant hors de l'enceinte de l'établissement pour les sorties et les activités diverses figurant sur le programme déterminé au préalable par le centre et mis à disposition de tous.

C- l'équipe d'animation de l'accueil de loisirs :

- à photographier mon/notre enfant dans le cadre d'une activité prévue au programme et à afficher les photos dans le centre lui-même :
 - en groupe oui non
 - individuellement oui non

- à utiliser, reproduire et publier les photos ainsi prises exclusivement pour les besoins de la promotion du centre (le but commercial étant exclu) dans la presse locale (ex. bulletin intercommunal) pour la durée de l'année civile concernée : oui non

- à distribuer la (les) photo(s) d'enfants en groupe aux autres parents : oui non

D- mon/notre enfant à quitter le centre seul (applicable aux enfants scolarisés **au minimum en classe de CP**) au départ du centre ou de l'arrêt de la navette : oui non

Personnes à prévenir en cas d'urgence ou habilitées à venir chercher l'enfant (navette ou centre) ⁽¹⁾ (en dehors des responsables légaux) :

En cas d'urgence	A récupérer l'enfant	NOM	PRENOM	N° DE TELEPHONE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

⁽¹⁾ à condition que la personne habilitée présente une pièce d'identité lors de la reprise de l'enfant.

ANNEXE 3 : DOCUMENTS A FOURNIR

Documents à transmettre obligatoirement avec la fiche sanitaire :

- Annexe 1 : SANTE

- Annexe 2 : AUTORISATIONS

- Attestation à jour de la CAF *indiquant votre quotient familial et votre numéro d'allocataire.*
(Pour les non allocataires, fournir l'avis d'imposition 2023)

- Copie des pages vaccinations du carnet de santé de l'enfant

- Autorisation de prélèvement signée + Relevé d'identité bancaire *(si choix de paiement)*

Référence
Unique du
Mandat

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA (SDD CORE)



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Communauté de Communes du Pays du Grésivaudan.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Veuillez compléter les champs marqués* en majuscule

Noms et prénoms des débiteurs *

Adresse des débiteurs *
Numéro et nom de rue

Code postal
Ville

Pays

Etablissement bancaire (B) *

Domiciliation bancaire *

Coordonnées bancaires *
Code banque Code guichet Numéro de compte Clé RIB

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

Identification international de la banque (BIC)

Nom du créancier (A) TRESORERIE LE TOUVET

I.C.S FR84 ZZZ 558867

Adresse du créancier COMMUNAUTE DE COMMUNES DU PAYS DU GRESIVAUDAN
390 RUE HENRI FABRE – 38920 CROLLES

Type de paiement * PAIEMENT RECURRENT / REPETITIF

Signé à *
Date : JJ/MM/AAAA

Signatures *
Veuillez signer ici

Merci de joindre à ce mandat, un relevé d'identité bancaire.

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Les accueils de loisirs intercommunaux du Grésivaudan

> BALCON DE BELLEDONNE
> LA TERRASSE
> LES ADRETS
> SAINT-MAXIMIN
> TENCIN

3 > 13
ans

11 > 17
ans

Nos modalités d'inscriptions pour l'année 2024

LES MERCREDIS

LES INSCRIPTIONS / ANNULATIONS / MODIFICATIONS DOIVENT ETRE EFFECTUEES
avant le mercredi 17h pour le mercredi de la semaine suivante.

**ATTENTION, UNE SEULE ANNULATION/MODIFICATION, PAR MOIS SERA POSSIBLE (UN OU PLUSIEURS
MERCREDIS)**

LES VACANCES

LES INSCRIPTIONS DOIVENT ETRE EFFECTUEES :

Pour la période des vacances d'hiver : **Du lundi 15 janvier au dimanche 21 janvier 2024**
avec une réponse de l'assistante au plus tard le 5 février 2024

Pour la période des vacances de printemps : **Du lundi 11 mars au dimanche 17 mars 2024**
avec une réponse de l'assistante au plus tard le 2 avril 2024

Pour la période des vacances d'été (juillet et août) : **Du lundi 13 mai au dimanche 19 mai 2024**
avec une réponse de l'assistante au plus tard le 24 juin 2024 pour le mois de juillet
et le 8 juillet 2024 pour le mois d'août

Pour la période des vacances d'automne : **Du lundi 23 septembre au dimanche 29 septembre 2024**
avec une réponse de l'assistante au plus tard le 7 octobre 2024

**ATTENTION, POSSIBILITE D'UNE SEULE MODIFICATION OU ANNULATION, SANS JUSTIFICATIFS,
DURANT LA SEMAINE D'INSCRIPTION**

Contact : Audrey BILLET au 06 48 13 81 60 – 04 76 97 92 85

abillet@le-gresivaudan.fr

Adresse : Communauté de Communes Le Grésivaudan – Direction Enfance, Jeunesse et Parentalité
390, rue Henri Fabre
38926 CROLLES CEDEX

www.le-gresivaudan.fr
Rubrique Démarche et services

