

FICHE D'INSCRIPTION

(ce document est à remplir **obligatoirement**
par le(s) responsable(s) légal(aux) de l'enfant)

Les documents à joindre : - justificatif de domicile
- Justificatif CAF ou MSA et quotient familial
- copies des vaccinations
- attestation d'assurance

ENFANT	<input type="checkbox"/> Garçon	<input type="checkbox"/> Fille
Nom :		
Prénom :		
Adresse :		
.....		
Né(e) le :		
Ecole fréquentée :		

<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
Responsable légal de l'enfant <input type="checkbox"/>	Responsable légal de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse du domicile :	Adresse du domicile :
.....
Commune :	Commune :
Tél fixe	Tél fixe
Tél Portable :	Tél Portable :
Tél Professionnel :	Tél Professionnel :
Mail :	Mail :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant		
Nom & Prénom	Lien de parenté	N° de téléphone

En cas d'urgence prévenir (si le responsable légal de l'enfant n'est pas joignable)		
Nom & Prénom	Lien de parenté	N° de téléphone

Vos Prestations Sociales et Familiales		
<input type="checkbox"/> CAF	<input type="checkbox"/> MSA	<input type="checkbox"/> Autre régime
N° allocataire :		
Bénéficiez-vous des bons CAF ou MSA		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
N° de Sécurité Social (dont dépend l'enfant) :		

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ?

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 eu les maladies suivantes ?

Rougeole Oreillons Rubéoles Varicelle
 Coqueluche Scarlatine Otite Rhumatisme articulaire aigu

L'enfant a-t-il des allergies ?

Asthme Alimentaires Médicamenteuses

Autre :

→ Précisez la cause et la conduite à tenir

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier (sans viande, sans œuf ...)

oui non

Si oui, précisez :

L'enfant a-t-il des :

lentilles lunettes prothèse auditives prothèses dentaires

Autre :

→ Indiquez ci-après

- Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation) en précisant les dates et les recommandations à prendre :

.....

- Toute autre recommandation qui vous semble utile concernant la santé de votre enfant :

.....

AUTORISATIONS DU RESPONSABLE DE L'ENFANT (cocher les autorisations selon vos souhaits)

J'autorise mon enfant à rentrer seul de l'ALSH :

Rue Nancy Bertrand (Parc du Bosquet)

Rue Sainte-Euphémie (locaux de l'été)

J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités et sorties proposées par l'équipe d'animation

J'autorise l'ALSH à utiliser les photos de mon enfant dans le cadre interne du centre de loisirs et dans le cadre communautaire (affiche pour l'ALSH, publication dans la presse locale, site internet de la collectivité)

J'autorise mon enfant à être conduit par les véhicules de la CCCPS sur les lieux d'activité

J'autorise l'ALSH à consulter CAFPRO

Je soussigné(e)

Responsable de l'enfant

- Déclare exacts et complets les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'ALSH à prendre toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant,
- M'engage à informer par écrit l'ALSH de toutes modifications pouvant intervenir en cours d'année,
- Reconnaît avoir pris connaissance du règlement et en accepter les clauses.

Date :

Signature de l'adulte responsable de l'enfant