



## DOSSIER D'INSCRIPTION

ACCUEIL DE LOISIRS

Année scolaire 2018-2019

### RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

ENFANT		
NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE
ECOLE	CLASSE	Fille <input type="checkbox"/>
		Garçon <input type="checkbox"/>

	PERE	MERE	TUTEUR
RESPONSABLE LEGAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOM			
Prénom			
Adresse			
Ville et CP			
N° tél fixe			
N° tél portable			
EMAIL			
Email famille			
Employeur			
N°téléphone professionnel			

Situation familiale : marié  divorcé  Pacsé  célibataire  concubinage

### REGIME DE COUVERTURE SOCIALE

N° de sécurité sociale auquel l'enfant est affilié	
N° allocataire CAF	
N° allocataire MSA	
Autres régimes (précisez)	

## AUTORISATIONS ET RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

### Personnes **majeures** autorisées à prendre votre enfant à la sortie de l'ALSH

NOM, prénom	Qualité	Numéro de téléphone

### Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal(e) autorise :

La CALI à photographier ou filmer mon ou mes enfants. Les photos ou vidéos seront utilisées à des fins uniquement pédagogiques et pour les outils de communication des services CALI. <i>(rayez la mention inutile)</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
signature	date

### MODE ET MOYENS DE REGLEMENT

### CADRE RESERVE A LA CALI

Païement en ligne depuis mon compte (ALSH d'Izon et Vayres uniquement)

Païement par chèque ou en espèce

Chèque CESU (Arveyres et Vayres uniquement)

Païement par prélèvement automatique-Joindre impérativement au présent dossier d'inscription un RIB et une autorisation de prélèvement (ALSH d'Arveyres uniquement)

Date de dépôt du dossier : \_\_\_\_\_

N° de la famille : \_\_\_\_\_

QF validé : \_\_\_\_\_

Tarifs : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ €/jour

## MEMO DES PIECES A FOURNIR AU DOSSIER

Pièces à fournir obligatoirement	Information liée aux assurances
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une photo de l'enfant</li> <li>- Une copie du carnet de santé (pages vaccinations obligatoires)</li> <li>- Avis d'imposition 2017 des revenus 2016, du ménage ou des 2 parents (afin de déterminer le quotient familial)</li> <li>- Si séparation joindre jugement de séparation mentionnant à qui est confiée la garde de l'enfant</li> <li>- L'ordonnance autorisant la délivrance de médicament si nécessaire</li> </ul>	<p>Nous vous conseillons vivement de souscrire à un contrat d'assurance couvrant les dommages corporels auxquels peuvent être exposé votre enfant.</p> <p>Dorénavant, nous ne demandons plus de certificat d'assurance. En cas d'accident, nous nous chargerons de vous fournir uniquement une déclaration relatant les circonstances détaillées.</p>

### TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ETRE TRAITE

Je soussigné(e), _____ responsable légal de(s) l'enfant(s) mentionnés sur le présent dossier, déclare exactes les renseignements portés sur ce dossier et m'engage à signaler tout changement dans ma situation familiale. Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ALSH et m'engage à le respecter.	Date et signature :
---	---------------------

# FICHE DE LIAISON SANITAIRE

**ENFANT :**     fille  garçon    Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

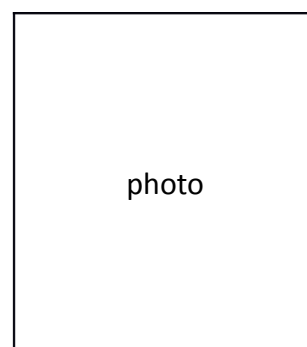
**RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :** \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone mobile : \_\_\_\_\_

## I - VACCINATIONS :

(joindre la photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Date dernier rappel
DT polio			
Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. <u>Nota : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.</u>			



## II – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** ?     oui     non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

**Attention :** aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Scarlatine</b>	<b>Coqueluche</b>
<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"/> non
<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>	
<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	

L'enfant a-t-il des allergies :

- Asthme                                     oui     non
- Allergies médicamenteuses         oui     non
- Allergie alimentaires                 oui     non
- Autres \_\_\_\_\_                     oui     non

Si autres préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

### III – MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin traitant de l'enfant	Téléphone

### IV – PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE si impossibilité de joindre les parents

NOM, Prénom	1 -
Téléphone	
Qualité	

### V – RECOMMANDATIONS UTILES :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, une spécificité alimentaire etc... ?

### VI – RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

Je soussigné, \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** l'équipe d'animation de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :

A remplir par le directeur de l'ALSH à l'attention de la famille

Observations :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....