

ALSH de : _____

Février Pâques Toussaint Juillet Aout
 1ère semaine 2ème semaine 3ème semaine 4ème semaine Garderie

Quotient familial :
Nombres de semaines :
Montant réglé :
Réglé le :

1. L'ENFANT

Nom : Prénom : Sexe : M F
 Né-e le :/...../..... Ville de naissance:
 Numéro de Sécu de l'enfant: Nationalité :
 Adresse Mail de la famille :

2. LA FAMILLE

Monsieur * Madame * Monsieur et Madame *
(intitulé souhaité pour la correspondance)
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Tél en cas d'urgence :/...../.....
 Nombre total d'enfants : Nombre d'enfant à charges
 Compagnie d'assurance de la RC :
 N° de police d'assurance RC : Date d'échéance :/...../.....

3. ETAT CIVIL DES PARENTS

PÈRE

Nom : Prénom :
 Né le :/...../..... Ville :
 Nationalité :
 N° S.S :
 Profession :
 Employeur :
 Lieu de travail :
 Adresse (si différente de « FAMILLE ») :
 Tél Domicile :/...../.....
 Tél Mobile :/...../.....
 Lieu de travail :/...../.....
 Email (si différent de la famille) :
 N° Allocataire CAF :
 Régime :
 CPAM : MSA : Autre :
Autorité Parentale
 Oui Non

MERE

Nom : Prénom :
 Né le :/...../..... Ville :
 Nationalité :
 N° S.S :
 Profession :
 Employeur :
 Lieu de travail :
 Adresse (si différente de « FAMILLE ») :
 Tél Domicile :/...../.....
 Tél Mobile :/...../.....
 Lieu de travail :/...../.....
 Email (si différent de la famille) :
 N° Allocataire CAF :
 Régime :
 CPAM : MSA : Autre :
Autorité Parentale
 Oui Non

4. DOSSIER SANITAIRE DE LIAISON

VACCINS	OUI	NON	DATES DES RAPPELS
Diptérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
BCG			
Hépatite B			
Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Coqueluche			
Autre (précisez)			

ALLERGIES	OUI	NON	Conduites à tenir
Asthme			
Alimentaire			
Médicamenteuse			
Autres			

Régime Alimentaire	Commentaires

Nom du MEDECIN traitant	ADRESSE	TEL

Recommandations utiles des parents (lunettes, prothèses ...)
Antécédents médicaux :

5. AUTORISATIONS PARENTALES

Je (nous) soussigné (s),

5.1 **AUTORISE(NT)** mon enfant à rentrer seul à son domicile à l'issue de la journée d'accueil de loisirs (ALSH)

Oui Non

5.2 **AUTORISE(NT)** mon enfant à prendre un moyen de transport en commun à des fins de sortie pédagogiques :

Oui Non

5.3 **AUTORISE(NT)** : les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant à l'accueil de loisirs :

Nom—prénom	Qualité	Adresse	Tél

5.4 **AUTORISATION** des Droits et informatique:

* L'accueil de loisirs (journal de bord, fresque ...) oui non

* La Communauté de communes du Pays de Mormal oui non

* La presse oui non

* Site internet de l'ALSH et/ou de la CCPM oui non

* la Consultation CAFPRO oui non

5.5 **AUTORISE(NT)** : le personnel de l'accueil de loisirs à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant

* Transfert aux urgences oui non

* Lieu :

* Groupe Sanguin :

DECHARGE(NT) : la direction de l'ALSH de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.

AUTORISE(NT) : mon enfant à participer aux activités de baignades : oui non

AUTORISE(NT) : l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.

DEMANDE(NT) : au responsable de l'ALSH :

* En cas de maladie de mon enfant, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance :

oui non

* En cas de fièvre, d'administrer sous ma responsabilité, les antipyrétiques selon les prescriptions du médecin traitant :

oui non

* D'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité : oui non

* D'administrer des granulés ou crèmes homéopathiques en cas de chutes : oui non

5.6 **COMMUNICATION** :

* souhaite(nt) être contacter par mail : oui non

* Souhaite(nt) être contacter par SMS : oui non

5.6 CERTIFIE(NT) avoir pris connaissance du Règlement de Fonctionnement (ou Intérieur) ainsi que du Projet Pédagogique de l'Accueil de Loisirs de :

(indiquer le nom de la commune)

6. Désirez-vous régler vos factures, au choix :

- | | | |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. Par chèque bancaire : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 2. En espèce : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 3. En Chèques ANCV : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 4. Paiement en ligne | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

Signature :
Date et mention « lu et approuvé »

Qualité :

Signature :

Signature :
Date et mention « lu et approuvé »

Qualité :

Signature :

Assurances : La Communauté de Communes du Pays de Mormal vous conseille de souscrire un « contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels vos enfants peuvent être exposés lors de leur participation aux activités ». En référence à l'article L227-5 du Code de l'Action Sociale et de la Famille.

Droit informatique : Conformément à la loi du 6 janvier 1978, les familles ont un droit d'accès et de rectification aux informations portées sur cette déclaration préalable à l'inscription

Pièces à fournir :

- l'attestation de quotient familial (CAF).
- Une attestation d'assurance responsabilité civile.
- le dossier d'inscription dûment rempli.
- La photocopie du carnet de vaccinations.

Sur demande de l'équipe de direction de l'accueil :

- Un certificat médical de non contre indication à la pratique de sports.
- Brevet de natation si activités aquatiques.
- La carte nationale d'identité si déplacement à l'étranger.