

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES,...

.....
.....
.....

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE ? oui non

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM

PRENOM

TELEPHONE

Je soussigné(e),, responsable légal de, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche d'inscription.

signature :

Fiche d'inscription



L'enfant

Garçon Fille

Nom : Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse :

CP : Ville :

Etablissement scolaire de l'enfant :

Nom du médecin traitant :

Téléphone du médecin traitant : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

La mère

Nom : Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Profession : Sans activité

N° de sécurité sociale :

Téléphone :

Domicile ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / Travail ____ / ____ / ____ / ____ / Portable ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Le père

Nom : Prénom :

Adresse (si différente de la mère) :

CP : Ville :

Profession : Sans activité

N° de sécurité sociale :

Domicile ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / Travail ____ / ____ / ____ / ____ / Portable ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Personnes habilitées à récupérer votre enfant auprès de l'équipe pédagogique :

.....

Personnes non habilitées à récupérer votre enfant auprès de l'équipe pédagogique (sur justificatifs) :

maie =

Je soussigné(e) autorise le gestionnaire de l'Accueil de Loisirs et par délégation son Directeur, à photographier et à utiliser les photos individuelles ou collectives dans les supports de communication en lien avec le centre de loisirs. signature :

Je soussigné(e) autorise le Directeur de l'Accueil de Loisirs à prendre toutes les dispositions nécessaires concernant , en cas d'accident ou d'urgence en général, rendues nécessaires par l'Etat de l'enfant (traitement, hospitalisation...). signature :

L'enfant est couvert par son assurance individuelle extra scolaire n°

Attestation jointe

Mention facultative à remplir par l'ALSH

L'Accueil est couvert par une assurance collective extra scolaire

N° allocataire Caf : Non allocataire

Parents bénéficiaires du RSA oui non

Attestation ATL fournie (Caf) oui non

Revenus net imposables des parents (revenus déclarés à la Caf)

Père € - Copie de l'avis d'imposition fournie

Mère € - Copie de l'avis d'imposition fournie

Couple € - Copie de l'avis d'imposition fournie

Cadre réservé à la Direction.....

L'ALSH possède un accès au service internet Cafpro

Les informations recueillies sont nécessaires pour l'inscription de votre enfant. Elles peuvent faire l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'Accueil de mineurs. Vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Si vous souhaitez exercer un droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au Directeur de l'établissement.

Fiche sanitaire

1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		SCARLATINE	
oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS			
oui	non	oui	non	oui	non	oui	non		

ALLERGIES :

ASTHME		ALIMENTAIRE	
oui	non	oui	non

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler)

.....

.....

.....

.....