



Cadre réservé à l'administration

CAB ou Hors CAB

QF:..... N° allocataire

Tarif J : Tarif 1/2 J :

Aides :

Accueil de Loisirs

DOSSIER D'INSCRIPTION

Année 2018

NOM DE L'ENFANT :

PRENOM :

- Documents à fournir lors de l'inscription
- Dossier d'inscription dûment complété et signé ;
 - Copie du carnet de vaccinations ou certificat médical (*voir fiche sanitaire point 2*) ;
 - Copie de l'attestation carte vitale ou MSA ;
 - Justificatifs des aides perçues (passeports CAF, bons MSA, Conseil Général, RSA, COS...) ;
 - Attestation d'assurance extrascolaire / responsabilité civile individuelle ;
 - 2 photos d'identité récentes (*uniquement pour Toutifaut*).

Ce dossier d'inscription est valable pour une année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre).

Nom de l'enfant : Prénom(s) :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Ecole fréquentée : Classe :

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

| | RESPONSABLE LEGAL* Père OU Mère (bénéficiaire des aides) | Père ou Mère | Autre <i>conjoint ou concubin</i> |
|--|---|--------------|--------------------------------------|
| Nom <i>(+ Nom de naissance)</i> | | | |
| Prénom(s) | | | |
| Adresse | | | |
| Téléphone fixe | | | |
| Téléphone portable | | | |
| Adresse mail seulement pour la diffusion des informations liées aux activités de l'ALSH | | | |
| Profession | | | |
| Employeur | | | |
| Adresse de l'employeur | | | |
| Téléphone lieu de travail | | | |

*le responsable légal est l'interlocuteur principal, le destinataire des informations et factures, le détenteur du passeport CAF.

SITUATION DES PARENTS

marié/vie maritale célibataire divorcé séparé veuf pacsé

ASSURANCE (*joindre attestation*)

Assurance extrascolaire : Numéro de contrat :

DESTINATION DU SOIR (*Seulement pour les enfants de l'ALSH de Toutifaut*) *Rayer les mentions inutiles*

République - Jean Moulin

Eugène Leroy

Toutifaut

AUTORISATION POUR LAISSER PARTIR SEUL VOTRE ENFANT (*Rayer la mention inutile*)

Votre enfant est-il autorisé à partir seul ?

Oui

Non

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (en cas d'impossibilité de joindre les parents)

| Nom - Prénom | Lien de parenté | Téléphone |
|--------------|-----------------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |

PERSONNES HABILITEES A RECUPERER LES ENFANTS A L'ALSH

| Nom - Prénom | Lien de parenté | Téléphone |
|--------------|-----------------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |

REGIME SOCIAL

Régime général Régime agricole (MSA) Régime social des indépendants (RSI)
 Autre :
Numéro sécurité sociale :
Numéro d'allocataire CAF ou MSA (*joindre justificatif*) :
(Ou joindre copie avis imposition 2017 sur les revenus 2016).

RESERVATION VIA PORTAIL FAMILLE ET REGLEMENT PAR PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

Oui (*si oui fournir un RIB*) Non

AUTORISATION DE BAINNADE

Dans le cadre des activités de l'ALSH, je soussigné, autorise mon enfant à participer aux activités organisées à la piscine (y compris la baignade) sous la responsabilité du Directeur et du Maître-Nageur Sauveteur.

Pour toute activité spécifique (aviron, canoë, nage en eau vive, voile) et pour les mini camps, un test d'aisance aquatique validé, préalable à la pratique d'activités nautiques et aquatiques, sera demandé (+ de 6 ans).

Fait à Le
Signature du responsable légal .

DROIT A L'IMAGE

J'autorise la reproduction ou la diffusion de la (ou des) photographie(s) ou vidéos prise(s) représentant mon enfant, pour les usages suivants :

Expositions relatives aux activités de la structure, plaquettes, affiches, site web de la CAB, presse locale.

Fait à Le Signature du responsable légal

M/Mme (*Responsable légal*) certifie exacts les renseignements portés sur ce document et déclare avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur des ALSH de la C.A.B.

Fait à le
Signature (*précédée de la mention « lu et approuvé »*)
.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

Nom Prénom
Date de naissance Garçon Fille

2- VACCINATIONS

Joindre une photocopie du carnet de vaccinations de l'enfant.

Seul le DT Polio est obligatoire. Date de vaccination
Si l'enfant n'a pas reçu les vaccins obligatoires, joindre alors un certificat médical de non contre-indication.

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

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 !

- Quelles maladies l'enfant a-t-il déjà eues ?

rubéole varicelle angine rhumatisme scarlatine
 coqueluche otite rougeole oreillons.

- Quelles allergies l'enfant présente-t-il ? **Si Projet d'Accueil Individualisé, informer la direction.**

asthme médicament alimentation autre
Préciser éventuellement la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
- Régime alimentaire spécifique : Oui non
Si oui lequel ?

Votre enfant fait-il l'objet d'un suivi médical spécifique ? si oui lequel ?

.....
Fournir, un certificat médical en cas d'inaptitude à la pratique d'activités sportives.

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

L'enfant porte : des lunettes des lentilles des prothèses auditives
 des prothèses dentaires autre

Précisions :
.....

5- MEDECIN TRAITANT (*facultatif*)

Nom du médecin Téléphone

6- AUTORISATION INTERVENTION accident grave

Je soussigné, (nom prénom).....tuteur légal de l'enfant..... (Nom, prénom de l'enfant), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à présenter l'enfant à un médecin. J'autorise le médecin à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires, en cas d'urgence médicalement justifiée par l'état de l'enfant, notamment tout examen, investigation et intervention, y compris hospitalisation et anesthésie générale.

Fait à.....le signature du responsable légal