

DOSSIER D'INSCRIPTION ALSH

ANNEE 2018/2019

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE

A rendre avant le 17 août 2018

ENFANT (joindre une photo récente)

Nom..... Prénom :.....

Date de naissance :..... Classe année 2018/2019 :

Type de menu : Menu standard Menu sans porc Menu sans viande

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom et prénom de la mère.....

Adresse.....

Domicile..... Portable Professionnel.....

Adresse mail.....

Nom et prénom du père.....

Adresse.....

Domicile Portable..... Professionnel.....

Adresse mail.....

AUTORISATION DE L'ENFANT

J'autorise mon enfant à être photographié et/ou filmé durant les accueils périscolaire/extrascolaire :

OUI NON

J'autorise le secrétariat à consulter le site de la CAF pour me faire profiter d'un tarif en fonction du quotient familial :

OUI NON

Si oui numéro allocataire CAF :

J'autorise mon enfant à quitter seul l'ALSH après l'activité (préciser l'heure de départ) :

OUI NON

ASSURANCE EXTRASCOLAIRE DE L'ENFANT

Nom de l'organisme.....

Numéro d'adhérent

Joindre une copie de l'attestation d'assurance

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

Nom et Prénom						
Lien avec l'enfant						
						

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom et Prénom			
Lien avec l'enfant			
			

FACTURATION

En cas de garde alternée, à qui doit-on adresser la facture :

Mère

Père

Aux deux parents, en fonction des semaines de garde de chacun (précisez sur les feuilles de réservations ou se trouve l'enfant)

Je soussigné(e), responsable de l'enfant déclare exacts les renseignements fournis sur cette fiche.

Fait à :

Le :

Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom :

Prénom :

N° de sécurité social auquel est rattaché l'enfant

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

Merci de joindre une copie du carnet

VACCINS			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS	DATES
	oui	non			
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio OU Tétra coq				Autres (préciser)	
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires : joindre un certificat médical de contre indication

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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 :

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non				
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non				

ALLERGIES

Asthme	Médicamenteuse	Alimentaire	Autres
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non			

Si votre enfant doit avoir un traitement particulier pour son allergie ou un soin merci de prendre un rendez-vous avec le responsable du centre pour éventuellement mettre en place un PAI (protocole d'accompagnement individualisé).

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....

L'enfant présente t-il des problèmes de santé (maladie, accident, crises, hospitalisation, rééducation). Précisez les dates et les précautions à prendre

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte t-il des lunettes, lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaire, etc.....

Précisez

.....
.....

Je soussigné(e), responsable de l'enfant déclare exacts les renseignements fournis sur cette fiche sanitaire de liaison.

Fait à :

Le :

Signature(s) :