

<b>A.L. Les Prailloux</b>	<b>Dossier d'inscription ALSH Année 2020/2021</b>		1
-------------------------------	---	--	---

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE**

**A rendre avant le 24 juillet 2020**

**ENFANT (joindre une photo récente)**

Nom..... Prénom :.....  
 Date de naissance :..... Classe année 2020/2021 : .....

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 que mon enfant apparaisse sur les photos ou films publiés :  
 Dans les journaux                            sur les réseaux sociaux  
 Les magazines, les affiches ou sur le site internet communal

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

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 où 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 sociale 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			
Diphthérie				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	<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
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
<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	

**ALLERGIES**

Asthme	Médicamenteuse	Alimentaire	Autres
<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

**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

.....

.....

.....

**En cas de mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI), merci de nous convier à la réunion faite en lien avec l'école et le médecin → C'est très important pour votre enfant et pour l'équipe d'animation**

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

Précisez

.....

.....

.....

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

Fait à :

Signature(s) :

Le :