Photo d'identité	Cadre réservé à l'administration CAB ou Hors CAB QF : ..... N° allocataire Tarif : ..... Tarif 1/2 J : ..... Aides : .....

Accueil de Loisirs

DOSSIER D'INSCRIPTION

Année 2021

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 ;
- Copie du livret de famille (partie enfants et parents)
- Numéro d'allocataire CAF ou MSA ou la copie avis imposition 2020 sur les revenus 2019.
- Justificatifs des aides perçues (attestation de paiement pour enfant bénéficiant de l'AEEH, bons MSA, Conseil Départemental, RSA…) ;
- Attestation d'assurance extrascolaire / responsabilité civile individuelle ;
- Attestation de prise en charge et adresse de facturation pour les organismes payeurs (ASE, UDAF, …)
- 1 photo d'identité récente

Communauté d'Agglomération Bergeracoise service Enfance et Jeunesse
Accueil de Loisirs de La Force
Adresse : 8 rue André Rousseau 24130 la Force- Tél: 05 53 58 94 36
Mail : alsh.laforce@la-cab.fr

TSVP

Nom de l'enfant : ..... Prénom(s) :.....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

École fréquentée :..... Classe : .....

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

	RESPONSABLE LEGAL* Père ou Mère (bénéficiaire des aides)	Père ou Mère	Autre *conjoint ou concubin*
Nom *(+ Nom de naissance)*			
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 Eugène Leroy Toutifaut

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

Votre enfant est-il autorisé à partir seul ? Oui Non

Communauté d'Agglomération Bergeracoise service Enfance et Jeunesse
Accueil de Loisirs de La Force
Adresse : 8 rue André Rousseau 24130 la Force- Tél: 05 53 58 94 36
Mail : alsh.laforce@la-cab.fr

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (*en cas d'impossibilité de joindre les parents*) ET/OU PERSONNES HABILITEES A RECUPERER LES ENFANTS A L'ALSH

Nom - Prénom	Lien de parenté	Téléphone

REGIME SOCIAL

☐ Régime général ☐ Régime agricole (MSA)
☐ Autre : .....
Numéro sécurité sociale : .....
Numéro d'allocataire CAF ou MSA (*joindre justificatif*) : .....
(Ou joindre copie avis imposition 2020 sur les revenus 2019).

RESERVATION VIA PORTAIL CITOYEN ET REGLEMENT PAR PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

☐ Oui (*si oui fournir un RIB sauf pour les familles déjà prélevées*) ☐ Non

AUTORISATION DE BAIGNADE

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 »*)

Communauté d'Agglomération Bergeracoise service Enfance et Jeunesse
Accueil de Loisirs de La Force
Adresse : 8 rue André Rousseau 24130 la Force- Tél: 05 53 58 94 36
Mail : alsh.laforce@la-cab.fr

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.

Votre enfant est-il en situation de handicap ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, prendre RDV avec l'ALSH pour établir un Projet d'Accueil Adapté afin de prévoir les modalités d'accueil en fonction des besoins de votre enfant.
A-t-il un suivi particulier ?
☐ IME ☐ CMP ☐ SESSAD ☐ ULIS ☐ CAMPS ☐ RELAIS ARI ☐ AUTRE :
Accepteriez-vous que l'ALSH prenne contact avec cette institution ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, nom de la personne référente et coordonnées : .....

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

Communauté d'Agglomération Bergeracoise service Enfance et Jeunesse
Accueil de Loisirs de La Force
Adresse : 8 rue André Rousseau 24130 la Force- Tél: 05 53 58 94 36
Mail : alsh.laforce@la-cab.fr