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 2023

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 2022 sur les revenus 2021.
- 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

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.*

Nom de la personne à facturer

.....

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 Toutifaut

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

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

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 2022 sur les revenus 2021).

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 »*)
. . . . . .

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.

Pour les enfants nés avant 2018 : Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)

Pour les enfants nés à partir de 2018 : diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP), coqueluche, infections invasives à Haemophilus influenzae de type b, hépatite B, Infections invasives à pneumocoque, méningocoque de sérogroupe C, rougeole, oreillons et rubéole.

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 ou a-t-il des besoins particuliers ? ☐ 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.

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