



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 2024

Rayer les mentions inutiles : Première inscription / Réinscription

NOM DE L'ENFANT :

PRENOM :

- NOM DE LA STRUCTURE
- ALSH Cours de Pile
 - ALSH Creysse
 - ALSH La Force
 - ALSH Prignonrieux
 - ALSH Sigoulès
 - ALSH Toutifaut

- Documents à fournir lors de l'inscription
- o Dossier d'inscription dûment complété et signé ;
 - o Copie du carnet de vaccinations ou certificat médical (*voir fiche sanitaire point 2*) ;
 - o Copie de l'attestation carte vitale ou MSA ;
 - o Copie du livret de famille (partie enfants et parents)
 - o Numéro d'allocataire CAF ou MSA ou la copie avis imposition 2023 sur les revenus 2022.
 - o Justificatifs des aides perçues (attestation de paiement pour enfant bénéficiant de l'AEEH, bons MSA, Conseil Départemental, RSA...) ;
 - o Attestation d'assurance extrascolaire / responsabilité civile individuelle ;
 - o Attestation de prise en charge et adresse de facturation pour les organismes payeurs (ASE, UDAF, ...)
 - o 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 <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.*

Nom de la personne à facturer

SITUATION DES PARENTS

marié célibataire divorcé séparé veuf pacsé concubinage union libre

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 2023 sur les revenus 2022).

RESERVATION VIA PORTAIL CITOYEN ET REGLEMENT PAR PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

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

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 sérotype 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