

Nom et prénom de l'enfant : Né(e) le :/...../.....



Fiche Autorisations

Personnes Autorisées* ou interdites à venir récupérer l'enfant.

NOM / Prénom	Téléphone	Lien de parenté	En cas d'urgence	Interdit
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Toute personne se présentant à l'ALSH ne pourra récupérer l'enfant si elle n'est pas mentionnée sur cette liste.

Autorisations

Détails	Autorise	N'autorise pas
Le personnel à sortir l'enfant de l'enceinte de l'établissement pour les sorties de groupe.		
Le personnel à photographier ou filmer l'enfant dans la mesure où les films et les images ne seront utilisées à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement.		
Le personnel à photographier ou filmer l'enfant afin que certains films et certaines images soient mis en ligne sur le site internet de la Communauté de Communes GARTEMPE St-PARDOUX.		
L'équipe et la direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident impliquant l'enfant (SAMU, Pompiers, hospitalisations et anesthésie).		
L'enfant à rentrer seul à la fin de la journée.		
Le personnel à transporter ou faire transporter l'enfant dans les véhicules de l'établissement dans le cadre des sorties en groupe.		
L'enfant à se baigner (Seuls les enfants vaccinés contre la Polio peuvent se baigner).		

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, atteste avoir fourni tous les documents nécessaires à l'inscription de l'enfant, la véracité des informations renseignées, et m'engage à prévenir la direction pour tout changement de situation. J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et à en respecter les conditions.

Le à

Signature :

Dossier d'inscription ALSH Intercommunal GARTEMPE St-PARDOUX

Pour l'enfant :

NOM :

Sexe : Masculin

Prénom :

Féminin

Né(e) le :/...../.....

Scolarisé à l'école de En classe de

L'enfant sera déposé :

- Sur le site de Roussac
- Sur le site de Châteauponsac

L'enfant sera récupéré :

- Sur le site de Roussac
- Sur le site de Châteauponsac

Nom et prénom de l'enfant : Né(e) le :/...../.....

Fiche Famille

Parent 1 :

Destinataire de la facture

Nom et Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Mail :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Profession : Employeur :

Téléphone Travail : Poste :

Parent 2 :

Destinataire de la facture

Nom et Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Mail :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Profession : Employeur :

Téléphone Travail : Poste :

Autre responsable légal :

Destinataire de la facture

Nom et Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Mail :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Profession : Employeur :

Téléphone Travail : Poste :

Régime de couverture social :

CAF (N° D'allocataire) : Bénéficiaire du « passeport jeunes CAF » *

MSA (N° Sécurité social) : * Nous fournir une photocopie du passeport

Fiche Sanitaire

NOM et Prénom de l'enfant :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : Féminin Masculin

Médecin traitant de l'enfant :

N° de Sécurité sociale (auquel l'enfant est rattaché) :

Vaccinations

L'enfant est à jour des vaccins obligatoires : Oui Non*

Nous fournir la copie du carnet de vaccination de l'enfant

* Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

Allergies :

Alimentaires : Oui (précisez) : Non

Médicamenteuses : Oui (précisez) : Non

Asthme : Oui (précisez) : Non

Autres : Oui (précisez) : Non

Conduite à tenir en cas d'allergie(s) :

.....
.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé de l'enfant (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opération, rééducation, lunettes.) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....

L'enfant suit un traitement médical* : Oui Non

L'enfant a un P.A.I.* : Oui. Merci de nous fournir une copie Non

Attention : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

* Si oui, nous joindre l'ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)