

RESPONSABLE 1

Civilité : Madame Monsieur
 Nom : Prénom :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Adresse mail : Tél :
 Profession : Tél Professionnel :
 Employeur : Adresse Employeur :

Situation :

Qualité	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (à compléter) :
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Union Libre

Organismes Tiers

CAF MSA Autre régime (à préciser) :
 N° d'allocataire : NOM de l'allocataire :
 Quotient familial (**attestation et PASS à fournir au format papier**) :

Merci de fournir également les attestations d'assurances responsabilités civiles et Individuelles accidents

RESPONSABLE 2

Civilité : Madame Monsieur
 Nom : Prénom :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Adresse mail : Tél :
 Profession : Tél Professionnel :
 Employeur : Adresse Employeur :

Situation :

Qualité	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (à compléter) :
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Union Libre

Organismes Tiers : Si différent du responsable 1

CAF MSA Autre régime (à préciser) : N°
 d'allocataire : NOM de l'allocataire :
 Quotient familial (**attestation et PASS à fournir sur le portail famille**) :

Merci de fournir également les attestations d'assurances responsabilités civiles et Individuelles accidents

INFORMATIONS ENFANTS RENTREE 2023/2024

	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	ECOLE FREQUENTEE	CLASSE
1					
2					
3					
4					

Une fiche sanitaire et de liaison sera fournie pour chaque enfant.

Si besoin le responsable de l'accueil de loisirs travaillera avec vous les aménagements nécessaires en fonction de la situation de vos enfants.

AUTRES RENSEIGNEMENTS QUE VOUS SOUHAITEZ COMMUNIQUER :

Autorisation à consommer sur place des réalisations culinaires faites dans le cadre des activités OUI NON .

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

	NOM	PRENOM	ADRESSE	NUMERO DE TELEPHONE
1				
2				
3				

FACTURATION

La facturation aux familles est établie mensuellement à terme échu. Elle est envoyée au domicile au cours du mois suivant. Le paiement ne pourra s'effectuer qu'à réception de cette facture.

cas des familles séparées

Adresse de facturation	<input type="checkbox"/> Responsable 1	<input type="checkbox"/> Responsable 2
-------------------------------	--	--

cas des familles séparées en garde alternée,

<input type="checkbox"/> factures communes	Adresse de facturation	<input type="checkbox"/> Responsable 1	<input type="checkbox"/> Responsable 2
<input type="checkbox"/> factures séparées	<input type="checkbox"/> garde du lundi au dimanche		
	<input type="checkbox"/> autre* (à préciser).....		
	Responsable 1 : <input type="checkbox"/> semaine paire <input type="checkbox"/> semaine impaire		
Responsable 2 : <input type="checkbox"/> semaine paire <input type="checkbox"/> semaine impaire			

Attention, Une journée ne peut pas être coupée en deux.

Nous soussigné·e·s certifie :

- que les renseignements portés sur la présente fiche d'inscription sont exacts et nous engageons à signaler au responsable de l'ALSH toute modification,
- avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ALSH et en accepte les conditions.

Fait à Le

Signature du Responsable 1 :

Signature du responsable 2 :

AUTORISATION PARENTALE de droit à l'image

L'accueil de loisirs, dans le cadre de son travail pédagogique, utilise des photos et des vidéos des enfants des accueils de loisirs, des ateliers (etc...) pour ses différentes publications (journal, plaquette, site Internet,..).

La loi nous fait obligation d'avoir l'autorisation écrite des parents.

L'article 9 du Code Civil précise : « Chacun a droit au respect de sa vie privée [...] Toute personne peut interdire la reproduction de ses traits [...] C'est à celui qui reproduit l'image d'apporter la preuve de l'autorisation ».

S'agissant de personnes mineures, le droit à l'image, mais aussi de façon plus générale, le respect de la personne, est d'application stricte.

En conséquence, aucune photo d'enfant reconnaissable ne pourra être publiée sans une autorisation écrite des parents (ou tuteurs) indiquant précisément dans quel contexte pédagogique se situe cette photo ou vidéo.

Les œuvres et réalisations des enfants ne devront en aucun cas faire état du nom de famille de l'auteur. Seul le prénom est autorisé.

Aussi, nous vous demandons de bien vouloir nous retourner le coupon ci-dessous, afin de connaître votre position.

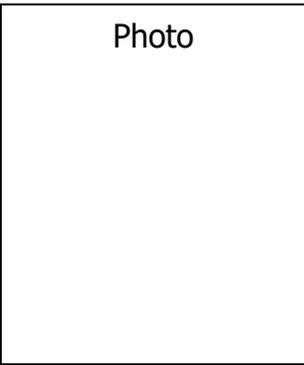
Madame, Monsieur

- autorise l'accueil de loisirs à utiliser dans le cadre pédagogique (publications, site Internet...) des photos et des vidéos de mon ou mes enfants prises au cours d'activités.
- refuse l'utilisation des photos et des vidéos de mon ou mes enfants.

Indiquer le ou les noms et prénoms des enfants concerné·e·s :

-
-
-
-

Fait à.....le..... Signature,



Photo

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



N° 10008*02

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

FILLE GARÇON

2 VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui D non D

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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?
RHUMATISME

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	ARTICULAIRE AIGU	<input type="checkbox"/> SCARLATINE <input type="checkbox"/>
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME oui D non D MÉDICAMENTEUSES oui D non D
ALIMENTAIRES oui D non D AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....
.....
.....
.....
.....

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui D non D

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui D non D

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM: _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : D DE LA CMU
D D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____

Signature :

.....
.....
.....

