



- COPIE VACCINS
- Ou CERTIFICAT MEDICAL
- ATTEST. ASSURANCE RC
- JUSTIFICATIF DOMICILE
- ATTEST. QUOT. FAMILIAL
- Ou AVIS D'IMPOSITION



« GRAND ORB »



FICHE D'INSCRIPTION
2019/2020

❖ 1^{er} enfant

Nom : Prénom :

Date de naissance : Age : Sexe : M F

❖ 2^{ème} enfant

Nom : Prénom :

Date de naissance : Age : Sexe : M F

❖ Les responsables légaux

- Les deux parents Père Mère Tuteur

Représentant 1

Représentant 2

Nom	.....	.....
Prénom	.....	.....
Profession	.....	.....
Téléphone portable	.....	.....
Téléphone fixe	.....	.....
Téléphone travail	.....	.....
Adresse	.....	.....
Code postal / Commune	.....	.....
Adresse mail	.....	.....

❖ Situation familiale :

- Mariés / Pacés Séparés / Divorcés * Union libre Célibataire

* fournir la copie du jugement si un des deux parents n'est pas autorisé à venir chercher l'enfant

❖ Organisme d'affiliation :

N° Sécurité Sociale :

- Régime Général CAF MSA Autre..... N° allocataire CAF :

❖ Les ressources financières pour le calcul du prix journée

Je fourni l'attestation de quotient familial au 1^{er} janvier de l'année en cours OUI NON

J'autorise l'accès à « Mon compte Partenaire/CDAP » (voir autorisations) OUI NON

Je fournis le dernier avis d'imposition complet OUI NON

Je ne souhaite fournir aucun document et accepte que le tarif maximum soit appliqué.

❖ Médecin traitant

Nom : Commune Téléphone :

❖ Autorisations

Je soussigné (e), responsable légal des enfants sus-cités, **AUTORISE**

• *Départ des enfants*

..... les personnes suivantes à venir récupérer mon enfant à la fin des activités

	1	2	3	4
Nom
Prénom
En qualité de
Téléphone

• *Urgence*

..... les responsables de l'accueil à faire donner à mon enfant, en cas d'urgence, tous les soins nécessités par son état, y compris une intervention chirurgicale.

OUI NON

• *Activités sportives*

..... mon enfant à participer aux activités sportives de l'ALSH organisées dans le cadre du programme d'animation, et déclare que son état de santé lui permet de participer à des séances d'initiation.

OUI NON

• *Sortir seul*

.... mon enfant à quitter seul l'ALSH à la fin des activités.
Si OUI, à partir de ...h... le matin, et ...h... l'après midi.

OUI NON

• *Transport*

... mon enfant à utiliser les transports mis en place lors des sorties d'animation.

OUI NON

• *Mon compte partenaire / CDAP*

..... l'accès par les personnes habilitées de la CDC à « *Mon compte partenaire/CDAP* », service internet à caractère professionnel permettant de consulter uniquement les données allocataires nécessaires à l'exercice de la mission de l'organisateur.

OUI NON

• *Droits d'image*

..... l'utilisation de l'image et de la voix de mon enfant sur les différents supports de communication de l'ALSH (article journal, site internet de la CDC) et dans le cadre des projets d'animations de l'ALSH (enregistrements vidéo)

OUI NON

• *Communication*

..... l'envoi d'e-mails concernant l'actualité de l'ALSH (informations, programmes, articles journaux...)

OUI NON

je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations données ci-dessus, reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter

Fait à le.....

Nom et Prénom du signataire

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »



Grand Orb

COMMUNAUTÉ DE COMMUNES EN LANGUEDOC

ALSH « GRAND ORB »
FICHE SANITAIRE DE LIAISON
2019 /2020



NOM :
Prénom :

Date de Naissance :
Sexe* : Garçon Fille

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

Table with 6 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT polio, Ou Tétracoq.

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 MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- Si L'enfant suit un traitement médical au moment de l'accueil, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice marquée au nom de l'enfant)

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole, Coqueluche, Varicelle, Otite, Angine, Rougeole, Rhumatisme articulaire aigu, Oreillons, Scarlatine

- Allergies: Asthme, Alimentaires, Médicamenteuses, Autre

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 (répondre obligatoirement)

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des lentilles, Des prothèses dentaires

Souffre-t-il du mal des transports, A-t-il un régime alimentaire spécifique

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM, PRÉNOM, ADRESSE

Tél. fixe (et portable) du domicile, du bureau, NOM et Tél. du médecin traitant

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE ET SIGNATURE