

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)