



Accueil de Loisirs Associé à l'École de Puylaurens – A.L.A.E

ENFANT

NOM

Prénom

Date de naissance

Sexe

Masculin

Féminin

Fréquentation : **A.L.A.E Midi** Oui Non

A.L.A.E soir Oui Non

Bus Oui Non

RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX) DE L'ENFANT

MERE PERE ADRESSE DE FACTURATION

NOM

Prénom

Date de Naissance

Adresse

Code postal

Ville

Tel Portable

Tel Domicile

Tel Profess.

E mail

MERE PERE ADRESSE DE FACTURATION

NOM

Prénom

Date de Naissance

Adresse

Code postal

Ville

Tel Portable

Tel Domicile

Tel Profess,

E mail

Si AUTRES RESPONSABLES LEGAUX que les parents : ADRESSE DE FACTURATION

Statut de l'accueillant

Personne référente

Date de Naissance

Tél domicile

Tél portable

E-mail

Adresse

Code postal

Ville

N° allocataire de prestation (à fournir impérativement pour définir la tarification)

CAF

MSA

AUTRE précisez

ASSURANCE :

N°

FICHES SANITAIRE DE L'ENFANT

Nom du **Médecin traitant** :

Téléphone

Adresse

VACCINATIONS

J'atteste que mon enfant est à jour des vaccinations, il est indispensable de fournir les photocopies pour valider l'inscription.

ALLERGIES

Allergies, intolérances alimentaires oui non Le PAI est à fournir avant la présence de l'enfant en cantine. Voir protocole document joint.

Si oui précisez

Allergies médicamenteuses oui non Le PAI ou l'attestation du médecin est à fournir. Voir protocole document joint.

Si oui précisez

Allergies autres oui non Le PAI ou l'attestation du médecin est à fournir. Voir protocole document joint.

Si oui précisez (signes évocateurs + conduite à tenir)

Régime alimentaire :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX AUTRES

Asthme oui non Si oui précisez

Le PAI ou l'attestation du médecin, ainsi que le traitement, sont à fournir à l'ALAE.

Autres

Votre enfant suit-il un traitement médical régulier oui non Si oui précisez

Les difficultés de santé maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation... en précisant les dates et les précautions à prendre :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, des prothèses auditives, des drains, des prothèses dentaires, etc... précisez :

Pour l'administration de médicaments (à titre exceptionnel), l'ordonnance du médecin ainsi que l'autorisation écrite des parents sont obligatoires.

AUTRES

Votre enfant est-il en situation de handicap (notification MDPH à remettre à la Responsable de l'ALAE) oui non

Si oui précisez

Votre enfant nécessite t-il un accompagnement particulier oui non

Si oui précisez

Votre enfant a t-il un régime alimentaire sans lien avec une allergie oui non Si oui précisez

PERSONNES AUTRES à contacter EN CAS D'URGENCE

Nom	Prénom	Statut (gd-parent...)	Ville de résidence	Téléphone (domicile, travail et mobile)

AUTORISATION

J'autorise mon enfant à partir avec (Merci de préciser le lien avec la famille)

L'enfant ne sera pas confié à d'autre personne sans autorisation écrite (une pièce d'identité pourra être demandée)

Je soussigné,

responsable légal de l'enfant :

- Déclare avoir pris connaissance du règlement
- Atteste exact les renseignements portés sur cette fiche d'inscription et m'engage à les réactualiser si nécessaire
- Autorise le responsable de l'accueil à prendre les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant ; le décharge de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir dans la mesure où mon enfant ne respecterait pas le fonctionnement de l'établissement établi par l'ensemble de l'équipe d'encadrement.
- Autorise l'ALAE à diffuser sur supports de communication compatibles RGPD les photographies et/ou la voix de mon enfant, d'exposer les diverses créations que mon enfant serait amené à réaliser.

Date :

Signature :