



Fiche de renseignement « famille » pour l'inscription à l'ALSH

NOM de l'enfant :

Prénom :

Sexe : fille / garçon

Né(e) le :

A :

Famille

Entourez votre situation familiale : Mariés Divorcé Pacsé Célibataire Parent-isolé Autres

Mr OU Mme / Mr OU Mr/ Mme OU Mme / Mme OU Mr :

Régime précisez CAF ou MSA

N° allocataire :

Domicile de l'enfant

Adresse :

Téléphone fixe :

Parent 1	Parent 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Mobile :	Mobile :
Tel. Professionnel :	Tel. Professionnel :
Profession :	Profession :

Pour établir la facturation :

Email :

Etablir la facture au nom et à l'adresse de : parent 1 – parent 2 – parent 1 et parent 2

L'enfant

FRATRIE

NOM-Prénom	Age

Nom de la compagnie d'assurance extrascolaire (responsabilité civile et individuelle accident) :

N° d'assuré ou de contrat :

La santé de l'enfant (remplissez les champs ou entourez votre réponse)

Nom-prénom du médecin traitant :

Téléphone et Adresse du médecin traitant :

L'enfant a-t-il des allergies (attestées par un allergologue) : oui / non
Si oui fournir la copie du Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) de l'école

L'enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives ou dentaires :

Vaccination :

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date du dernier rappel				
DT Polio (Diphtérie Tétanos Poliomyélite)							
Vaccins obligatoires pour les enfants nés à partir de 2018	Oui	Non	Date du dernier rappel	Vaccins obligatoires pour les enfants nés à partir de 2018	Oui	Non	Date du dernier rappel
Haemophilus influenzae B				Coqueluche			
Méningocoque C				le pneumocoque			
Hépatite B				ROR (Rubéole Oreillons Rougeole)			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication (sauf le vaccin anti-tétanique)

Informations utiles concernant la santé/situation de votre enfant :

(maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre.

Autorisations (entourez votre réponse)

J'autorise mon enfant à avoir son **IMAGE** photographiée ou filmée par l'ALSH pour une utilisation dans le cadre des activités de l'ALSH et pour une communication sur le site de la communauté de communes ou dans la presse locale : oui / non

J'autorise mon enfant à venir à l'ALSH **SEUL (uniquement à partir du CP)** :
oui / non

J'autorise mon enfant à quitter l'ALSH **SEUL (uniquement à partir du CP)** :
oui / non

En complétant ce document, la famille est informée que l'inscription de son (ses) enfant(s) aux ALSH gérés par la Communauté de Communes du Pays de Lalbenque-Limogne l'engage :

- à autoriser la participation de ou des enfant(s) à l'ensemble des activités organisées par les ALSH y compris le transport,
- à informer la Direction de la structure si l'état de santé de mon enfant nécessite une prise en charge particulière,
- à respecter le règlement intérieur des ALSH,
- à signaler tout changement de ces informations.

La famille est informée qu'en cas de nécessité, l'équipe de l'ALSH contactera les services d'urgence compétents (SAMU ou pompier) afin de prodiguer les soins qui seraient nécessaire à son état.

Date et signature :

Joindre à cette fiche de renseignement :

- La photocopie du carnet de vaccination
- L'attestation d'assurance extrascolaire (responsabilité civile et individuelle accident)
- L'attestation du quotient familial de l'année en cours si vous souhaitez bénéficier du tarif dégressif
- Document justificatif de la CAF (aide aux loisirs) ou la MSA (coupon) si vous êtes bénéficiaires de ces aides.

Annexe à la fiche de renseignement « famille » pour l'inscription à l'ALSH

NOM de l'enfant :

Prénom :

Personnes autorisées à venir chercher mon (mes) enfant(s) et à prévenir en cas d'urgence
(une carte d'identité pourra leur être demandé)

Rappel : seule une personne majeure peut récupérer un enfant de moins de 6 ans.

Nom et prénom	adresse	Téléphone	Date de naissance et lieu de naissance

Date :

Signature :

