

MAIRIE DE FERRIERES HAUT CLOCHER
FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS (ALSH)
Agrément n° 0270011CL000120
Année Scolaire 2020/2021

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Adresse du domicile :

Tél. Domicile :

Adresse mail :

Père : Nom Prénom : Tél. portable :
(Adresse si différente) Tél. travail :

Profession :

Mère : Nom Prénom : Tél. portable :
(Adresse si différente) Tél. travail :

Profession :

Régime d'appartenance :
(pour les prestations familiales)

- CAF N° d'allocataire :
- MSA n° de sécurité sociale :
- Autres (à préciser : RATP, SNCF ...)
.....

Personnes à prévenir ou autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom :	Prénom	Lien Parenté :	Téléphone :

Renseignements particuliers à l'enfant :

- **Maladie :**
- **Allergie :**
- **Autre :**

Autorisation d'hospitalisation :

Je soussigné, M. Mme

Autorisons les responsables de l'Accueil de Loisirs à faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.

Autorisation PHOTOS/VISDEOS : OUI / NON

Pour organiser les activités :

Arrivée :

- Entre 7h00 et 8h00
- Entre 8h00 et 8h30
- Entre 8h30 et 9h00

Départ :

- Entre 17h00 et 17h30
- Entre 17h30 et 18h00
- Entre 18h00 et 18h30

IMPERATIF : Joindre à la présente fiche :

- Une attestation d'assurance responsabilité civile des parents.
- Une attestation d'assurance individuelle de l'enfant.
- Copie du carnet de santé (Vaccins)
- Certificat médical de non aptitude à la pratique des activités sportives de l'Accueil de Loisirs pour l'année scolaire si l'enfant ne peut faire du sport.
- Copie de votre avis d'imposition 2020 (sur les revenus 2019), pour le calcul du prix de journée. Pour les couples en séparation, nous fournir les deux avis d'impositions.

Date et signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :