

Fiche d'inscription



Pour vous simplifier les démarches, un seul dossier pour 6 activités (Tap : Temps d'accueil dans l'école primaire de 15h45 à 17h45, Accueil de loisirs du mercredi après midi (avec ou sans repas), Accueil de Loisirs des vacances scolaires).
>>>>> **Cela ne vous engage pas !** Si nous devons accueillir votre enfant, les infos seraient déjà saisies. L'inscription sera possible juste avec un appel téléphonique

ALSH ADOS TAP/ALAE LAEP ACC SCOLAIRE CAMP

E-mail :

La fourniture de votre adresse mail, nous permet de vous informer sur les animations ou événements se déroulant à Héлитas.

ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. domicile : Portable : Date de naissance :

Groupe scolaire fréquenté :

AUTORISATIONS

Je soussigné :

- J'ai pris note que mon enfant peut-être amené à sortir des locaux pour se rendre à pied, en bus ou mini-bus sur un autre lieu d'activité. Oui Non
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités et jeux organisés dans le cadre de l'Accueil de Loisirs sans hébergement et séjours organisés par le Centre Social ALC. Oui Non
- Autorise le Centre Social ALC à utiliser l'image photographique de mon enfant pour les publications de l'association (plaquettes, rapport d'activités, expos photos, site Internet...). Oui Non
- Autorise les personnels du centre social ALC assermentés par la CAF à consulter et conserver mes justificatifs de ressources via l'appli CAF CDAP. Oui Non
- Autorisation de partir seul - de 14 ans Oui Non

Allergies

Asthme Oui Non

Médicamenteuse Oui Non

Alimentaire Oui Non

PAI Oui Non

(si oui, merci de bien vouloir joindre une copie)

Je soussigné :

autorise le Centre Social ALC, en cas d'hospitalisation à vous diriger vers l'hôpital Henri Mondor

CERTIFICAT MÉDICAL

Le certificat médical n'est obligatoire que pour les activités sub-aquatiques et aériennes. **Votre signature en fin de document attestera que votre enfant n'a aucune contre-indication aux activités proposées.**

	PARENT 1	PARENT 2
Noms		
Prénoms		
Tél.		

Responsable pendant l'accueil :
Parent 1 / Parent 2 / Autre

Marié / Célibataire / Veuf / Vie maritale / Divorcé vit avec Père vit avec Mère

N° allocataire à la CAF ou à la MSA :

Numéro sécurité sociale :

VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
DT POLIO			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?

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 pris sans ordonnance, même le paracétamol.

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

Rubéole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Coqueluche	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Varicelle	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Otite	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Angine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Rougeole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Oreillons	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Scarlatine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? OUI NON

Si oui, précisez :

Je soussigné autorise le Directeur(rice), en cas d'hospitalisation à diriger mon enfant vers l'hôpital Henri Mondor (pour les camps, nous choisirons l'hôpital le plus proche) et à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales, anesthésies...)

Il est entendu que tous les moyens seront mis en oeuvre pour prévenir les responsables de l'enfant.

Je soussigné : en qualité de (parent) autorise mon enfant à quitter l'Accueil de loisirs accompagné par :

..... n° tél. / n° tél.

..... n° tél. / n° tél.

Votre signature en fin de document attestera que le Centre Social ALC Quartier Ouest est déchargé de toutes responsabilités à partir de son départ. Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et avoir pris connaissance du règlement de la structure et m'engage à le respecter :

OUI NON J'autorise la structure à saisir mes informations personnelles durant 1 année.

OUI NON J'autorise la structure à saisir mes informations médicales durant 1 année.

Date et signature

