



ALSH

C.C.A.S COMMUNE DE BERLAIMONT

1

FICHE D'INSCRIPTION

ENFANT (écrire en majuscules)

NOM : _____

PRENOM : _____

Date de naissance : _____

Sexe : Garçon Fille

2

PERSONNE RESPONSABLE DE L'ENFANT

PERE (tuteur, beau-père.....)

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tel :

Portable :

E-mail :

N° professionnel.....

Profession :

Employeur :

Adresse de l'employeur :

MERE (tutrice, belle- mère.....)

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tel :

Portable :

E-mail :

N° professionnel.....

Profession:.....

Employeur :

Adresse de l'employeur :

REGIME AFFILIATION SOCIALE :

régime général

fonctionnaire

MSA

autre

ALLOCATAIRE CAF : OUI

NON

caisse CAF de :

N° CAF :

QUOTIENT FAMILIAL :

AUTORISATIONS

L'ENFANT PEUT-IL RENTRE SEUL OUI NON

SI NON : PERSONNE(S) HABILITEE(S) A REPENDRE LES ENFANTS

Nom	Prénom	Adresse	Téléphone

3

ACTIVITES, SORTIES, DROIT A L'IMAGE

J'autorise mon enfant.....

À participer :

- A toutes les activités proposées par l'accueil de loisirs oui non
- A toutes les sorties proposées par l'accueil de loisirs oui non
- A être pris(e) en photo ou filmé(e) pendant son séjour oui non
- A faire circuler, auprès des familles fréquentant la structure, les différents supports des photos prises (site internet du centre) oui non

REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné M..... Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs, et m'engage à m'y conformer.

Date et signature du ou des parents

Le.....

Signature

4

Depuis le 15 janvier 2017, l'autorisation de sortie de territoire est obligatoire (à télécharger sur <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1359>).

L'enfant doit posséder une carte d'identité en cours de validité.

1

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

ENFANT (écrire en majuscules)

NOM : _____

PRENOM : _____

Date de naissance : _____

Sexe : Garçon Fille

2

VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des Derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

3

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant 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). Compléter et signer ce formulaire d'autorisation. Aucun médicament ne sera administré sans cette autorisation écrite et signée, accompagné de l'ordonnance du médecin.

AUTORISATION PARENTALE POUR LA PRISE DE MEDICAMENTS

Affection chronique Affection passagère

Je soussigné(e) Monsieur, Madame.....responsable légal de l'enfant.....

autorise le directeur du centre de loisirs à donner les médicaments à notre fils -à notre fille durant la période du centre et selon les modalités stipulées sur l'ordonnance du médecin et je m'engage à faire connaître immédiatement toute modification du traitement.

Je reconnais que ces personnes acceptent de distribuer des médicaments à mon enfant seulement par souci de commodité.

Je dégage le centre de toute responsabilité résultant de la distribution de médicaments.

Fait le

Signature du titulaire de l'autorité parentale

L'enfant a-t-il déjà eu les pathologies suivantes :

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme	Scarlatine
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

3

Allergies : Asthme oui non Médicamenteuses oui non
Alimentaires oui non Autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (certificat médical)

.....
.....

Indiquez ci-après : Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

.....

4

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

Précisez.....
.....

L'enfant sait-il nager ? OUI NON

Régime alimentaire* : OUI NON Si oui faire un PAI

5

Responsable légal de l'enfant :

NOM :**PRENOM**:.....

Adresse :

Tél Domicile (fixe ou portable) :

Nom et téléphone du Médecin traitant :

Personne à contacter en cas d'urgence

NOM.....**PRENOM**.....

Adresse.....

☎ Fixe, portable :

Médecin traitant : Docteur : Tel :

Je soussigné.

Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale sous anesthésie locale ou générale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date

Signature.