

DOSSIER INDIVIDUEL D'INSCRIPTION année 21/22

1. L'ENFANT

Nom : Prénom :

Sexe : F M Date de naissance :

Nationalité :

Nom de l'établissement scolaire fréquenté :

Classe fréquentée au cours de l'année scolaire 2021/2022 :

2. LA FAMILLE

Situation Familiale : Célibataire Divorcé (e) Marié (e) Pacsé (e) Séparé (e)
 Union maritale Veuf (ve).

Nom-Prénom du Responsable légal 1 :

Autorité parentale : Oui Non

C.S.P (catégorie socioprofessionnelle du responsable légal 1) :

Nom-Prénom du Responsable légal 2 :

Autorité parentale : Oui Non

C.S.P (catégorie socioprofessionnelle du responsable légal 2) :

Intitulé souhaité pour la correspondance : Monsieur Madame Monsieur et Madame

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tel Domicile : Tel Mobile :

Tel Lieu-x de travail : /

E-mail : (merci de nous transmettre une adresse consultée régulièrement) :

Sécurité Sociale de rattachement de l'enfant : Père Mère

N° S.S. :

Régime social de rattachement : Général Agricole (MSA) Autres

N° allocataire CAF :

Quotient familial :

Ou

N° allocataire MSA :

Compagnie d'assurance ⁽¹⁾ de la RC :

N° de police d'assurance :

Date d'échéance :

4. FICHE SANITAIRE DE LIAISON



ATTESTATION MÉDICALE OBLIGATOIRE VALABLE 3 ANS

Je soussigné-e Docteur :

Certifie que l'enfant : Nom

Prénom

Est à jour de ses vaccinations

Est apte à la vie en collectivité

Est apte à la pratique des activités physiques et sportives

Fait à

le

Signature et cachet du Docteur :

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICALE DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

VACCINS	Date de vaccination	Prochaine vaccination
Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hépatite B	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rubéole – Oreillons - Rougeole	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Coqueluche	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autres (précisez)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ALLERGIES	Oui	Non	Commentaires et conduites à tenir
Pollens – Acariens et graminées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

POUR MIEUX VOUS ACCUEILLIR :

Votre enfant a-t-il un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ?

Oui Non

Si oui, merci de préciser la référence du dossier :

Bénéficiez-vous de l'Allocation d'éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) versée par la CAF ? Oui Non

Existe-t'il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI), dans un des établissements (scolaire, associations diverses...) déjà fréquenté par votre enfant? Oui Non

Nom du Médecin traitant : Tel :

Recommandations utiles des parents : (régime alimentaire, lunettes, prothèses,...) :

5. LES AUTORISATIONS PARENTALES

Je (nous) soussigné(s),

5.1 AUTORISE(NT) mon enfant à rentrer seul à son domicile à l'issue de la journée d'accueil de loisirs

Oui Non

5.2 AUTORISE(NT) mon enfant à prendre un moyen de transport en commun dans le cadre des activités organisés par L'ALSH Oui Non

5.3 AUTORISE(NT) les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant à l'accueil de loisirs :

Nom-Prénom- N° de téléphone :

5.4 AUTORISE(NT) que mon enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par :

L'accueil de loisirs (*journal de bord, fresque ...*) Oui Non

La presse Locale Oui Non

Le site internet et la page Facebook du PLPR Oui Non

5.5 AUTORISE(NT) le personnel de l'accueil de loisirs à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant.

Dont transfert aux urgences Oui Non

DECHARGE(NT) la direction de l'ALSH de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.

AUTORISE(NT) l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.

DEMANDE(NT) au responsable de l'ALSH :

En cas de maladie de mon enfant, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance : Oui Non

En cas de fièvre, d'administrer sous ma responsabilité, les antipyrétiques selon les prescriptions du médecin traitant : Oui Non

D'administrer une crème homéopathique en cas de chutes : Oui Non

5.6 AUTORISE(NT) la direction de L'ALSH à consulter le portail « Mon compte Partenaire CAF », afin de déterminer le quotient familial à appliquer : Oui Non

5.7 CERTIFIE(NT) avoir pris connaissance du règlement intérieur ainsi que du projet pédagogique de l'accueil de loisirs.

Je soussigné-e :

certifie l'exactitude des données ci-contre et atteste avoir lu et approuvé l'ensemble des informations décrites dans ce document Le à