

MONTS D ARREE COMMUNAUTE

DOSSIER INDIVIDUEL D'INSCRIPTION

1. L'ENFANT

Nom : Prénom : Sexe : M F
 Né-e le : / / Ville : Nationalité :
 Nom établissement scolaire : Classe :

2. LA FAMILLE

Monsieur* Madame* Monsieur et Madame* (*intitulé souhaité pour la correspondance)

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

Adresse :

Code Postal : Ville :

 Domicile : / / /

 Mobile : / / /

E-mail : @

Sécurité Sociale de rattachement de l'enfant : Père Mère
 Régime social de rattachement : Général Agricole (MSA) Autres

N° allocataire CAF :

Ou

N° allocataire MSA : / / /

Compagnie d'assurance ⁽¹⁾ de la RC :
 N° de police d'assurance RC ⁽¹⁾ : Date d'échéance : / /

3. ETAT CIVIL DES PARENTS

RESPONSABLE 1

Nom : Prénom :

Né le : / /

Ville :

Nationalité :

C.S.P (se référer au guide en fin de dossier) :

Adresse (si différente « FAMILLE ») :

 Mobile : / / /

 Lieu de travail : / / /

E-mail (si différent « FAMILLE ») :

RESPONSABLE 2

Nom : Prénom :

Née le : / /

Ville :

Nationalité :

C.S.P (se référer au guide en fin de dossier) :

Adresse (si différente « FAMILLE ») :

 Mobile : / / /

 Lieu de travail : / / /

E-mail (si différent « FAMILLE ») :

4. FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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

ALLERGIES	Oui	Non	Commentaires et conduites à tenir
<i>Pollens – Acariens et graminées</i>			
<i>Alimentaires</i>			
<i>Médicamenteuses</i>			
<i>Autres</i>			


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'Education 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

REGIME ALIMENTAIRE	Commentaires

Nom du MEDECIN traitant	ADRESSE	

Recommandations utiles des parents (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 (ALSH) :
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 :

PRENOM - NOM	Adresse	☎	A contacter en cas d'urgence	
			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"/>

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
- L'association EPAL Oui Non
- La presse Locale Oui Non
- Le site internet de l'ALSH et/ou de l'Association 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'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité :
Oui Non
- D'administrer des granulés ou crèmes homéopathiques en cas de chutes :
Oui Non

5.6 **AUTORISE(NT)** la direction de L'ALSH à consulter le portail « Mon compte Partenaires CAF », afin de déterminer le Quotient Familial à appliquer :
Oui Non

