



FICHE D'INSCRIPTION INITIALE

Accueil Loisirs Sans Hébergement Municipal

NOM : _____ **Prénom :** _____ **sexe :** F M
né(e) le _____ **classe /niveau** _____

V° CAF : _____ **Quotient Familial** _____ (fournir attestation QF de la CAF ou de la MSA)
V° MSA _____

Afin de déterminer le Quotient Familial de la famille, vous devez nous fournir votre numéro d'allocataire CAF. Pour les personnes non allocataires CAF ou MSA, vous devez nous fournir l'avis d'imposition ou de non imposition.

père **représentant légal** **MÈRE** **représentant légal**

Situation familiale : _____

NOM : _____ **Prénom :** _____
Adresse : _____
Tel : _____ **portable:** _____
Courriel : _____

Profession : _____
Tel travail : _____

Régime : MSA ou CAF

NOM : _____ **Prénom :** _____
Adresse : _____
Tel : _____ **Portable :** _____
Courriel : _____

Profession : _____
Tel travail : _____

Régime : MSA ou CAF

Assurance scolaire
Organisme : _____

Le représentant légal de chaque enfant certifie avoir souscrit une assurance a nom de l'enfant pour l'année couvrant l'enfant sur le périscolaire et l'extra-scolaire..
FOURNIR UNE ATTESTATION D'ASSURANCE

FACTURATION
Les factures doivent être adressées à :

Père **ou** **Mère**

TORREILLES

AUTORISATIONS

Autorisation de sortie après l'A.L.S.H.

A l'issue de l'A.L.S.H. (soir), les enfants ne sont autorisés à partir que sous la responsabilité de leurs parents ou d'une personne majeure dûment désignée par les parents. Afin d'éviter tout problème, merci de nous communiquer les nom et prénom des personnes majeures autorisées à prendre en charge votre enfant.

Nom : _____ Prénom : _____
Nom : _____ Prénom : _____
Nom : _____ Prénom : _____
Nom : _____ Prénom : _____
Nom : _____ Prénom : _____
Nom : _____ Prénom : _____

Autorisation de sortie pendant l'A.L.S.H.

Certaines activités pourront avoir lieu en dehors de l'enceinte scolaire (halle des sports, stade municipal, médiathèque...).

Dans ce cas, j'autorise ou je n'autorise pas mon enfant à y participer.

Autorisation à l'image

Dans le cadre de la mise en ligne sur les sites « Internet » de la commune et de l'insertion dans les diverses publications de la ville ou sur un journal local (Indépendant ou autres) :

J'autorise expressément à utiliser l'image de mon enfant, sans limitation de durée, ni autres formalités préalables

Je n'autorise pas l'utilisation de l'image de mon enfant.

Date et signature du représentant(s) légal (aux)

HORAIRES A.L.S.H.

Matin : de 7 h 30 à 9 h
Midi (si restauration scolaire) de 12 h à 14 h
Soir : de 17 h à 18 h 30

**Horaires et jours des permanences
dès le 01 septembre
pour toutes inscriptions :**
lundis de 8 h à 10 h
mardis et jeudis de 17 h à 19 h
au POINT JEUNES
(à côté de la halle des sports).

ACCUEIL LOISIRS SANS HEBERGEMENT

TORREILLES



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
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Pollomyélite				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 :