

NOM : _____

Prénom : _____



Villeneuve
d'Aveyron



DOSSIER D'INSCRIPTION ALSH DES CAUSSES 2024

PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER :

- Photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé
- Attestation PASS CAF ou MSA
- Attestation de droit à l'assurance maladie
- Attestation d'assurance de responsabilité civile
- Coupon du règlement intérieur

PIÈCE JOINTE AU DOSSIER :

- Règlement intérieur de l'ALSH

- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LÉGAUX DES ENFANTS -

RESPONSABLE LÉGAL 1*	RESPONSABLE LÉGAL 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
CP :	CP :
Ville :	Ville :
Numéro allocataire CAF ou MSA :	Numéro allocataire CAF ou MSA :
Numéro INSEE (sécurité sociale) :	Numéro INSEE (sécurité sociale) :
Tél domicile :	Tél domicile :
Tél portable :	Tél portable :
Tél travail :	Tél travail :
E-mail :	E-mail :

*Le responsable légal 1 sera destinataire de toutes les factures générées par l'inscription de l'enfant et devra s'en acquitter. Pour recevoir deux factures distinctes, en cas de garde alternée, un calendrier de garde alternée devra être transmis à la direction en amont de la facturation.

- FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE DE VOTRE ENFANT -

1. RENSEIGNEMENTS

Nom / Prénom :

Fille Garçon

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Ecole Fréquentée :

Personne à joindre en cas d'urgence :

Nom / Prénom :

Qualité :

Numéro(s)

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (préciser qualité)

.....

.....

Assurance extra-scolaire :

Compagnie d'assurance individuelle accident :

N° d'assurance :

3. VACCINATIONS

Information : depuis le 1er janvier 2018, 11 vaccinations sont obligatoires et conditionnent l'entrée en collectivité pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018.

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels
Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite			
Vaccins recommandés pour les enfants nés avant le 1 ^{er} janvier 2018 et obligatoires pour les enfants nés après le 1 ^{er} janvier 2018.			
Coqueluche			
Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b			
Hépatite B			
Infections à pneumocoque			
Méningocoque de sérogroupe C			
Rougeole			
Oreillons			
Rubéole			

Le tableau ci-dessus doit être accompagné des copies des pages de vaccinations du carnet de santé sans omettre de mentionner le nom et prénom de l'enfant concerné.

4. INFORMATIONS MÉDICALES

Médecin traitant : N° de téléphone :

- **Votre enfant suit-il un traitement ?** OUI NON

Si oui, lequel ?

Joindre obligatoirement une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments avec leur notice dans leur emballage d'origine et marquées au nom de l'enfant).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

- **Votre enfant présente-t-il une/des allergie(s) ?** OUI NON

Si oui, laquelle/lesquelles

- **Votre enfant est-il en situation de handicap ?** OUI NON

Si oui, cela nécessite-t-il des mesures particulières ?

- **Un PAI a-t-il été signé avec l'établissement scolaire ?** OUI NON

Si oui, merci de nous fournir une copie du projet, ainsi que le protocole et le kit d'intervention au nom de l'enfant.

- **Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
---------	-----------	--------	--------------------------------	------------

<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> OUI
<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NON

COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
------------	-------	----------	-----------

<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> OUI
<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NON

- **Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ?** OUI NON

Si oui, lequel

Recommandations particulières / difficultés de santé (port de lunettes, lentilles, prothèses dentaires, antécédents médicaux) :

.....

AUTORISATIONS PARENTALES OBLIGATOIRES

Je soussigné(e) (NOM/Prénom)

Responsable légal de(s) enfant(s)

- Atteste sur l'honneur que tous les renseignements fournis lors de l'inscription aux activités de mon (mes) enfant(s) sont exacts.
- Certifie que mon (mes) enfant(s) est (sont) à jour des vaccinations obligatoires en collectivité.
- M'engage à faire notifier toute modification des données concernant mon (mes) enfant(s) auprès de l'ALSH des Causses.
- M'engage à signaler tout changement d'adresse à l'ALSH des Causses.
- Atteste avoir pris connaissance et accepter les termes et clauses du règlement intérieur régissant les activités auxquelles mon enfant participe.
- Autorise l'organisateur, le directeur et l'équipe d'animation à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence vitale de mon (mes) enfant(s) (hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale ou autres).
- Autorise mon (mes) enfant(s) à participer à toutes les activités proposées dans le cadre du projet d'activité de l'ALSH des Causses.
- Autorise l'équipe d'animation à transporter mon (mes) enfant(s) sur des sites extérieurs dans le cadre du projet d'activité de l'ALSH des Causses.
- Autorise l'ALSH des Causses à prendre des photos et vidéos de mon (mes) enfant(s) et à s'en servir pour tout support de communication (presse, site de la mairie de Villeneuve, page Facebook de l'ALSH, etc.). L'ALSH des Causses s'engage à n'utiliser ces photos que dans le cadre de supports de communication.
 - OUI NON
- Autorise mon enfant à rentrer seul (enfants de plus de 8 ans uniquement).
 - OUI NON

Fait à

Signature précédée de la mention
« Lu et approuvé » :

Le