

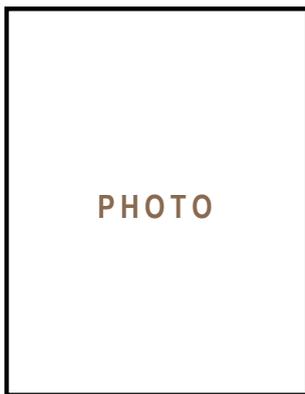


# Communauté de Communes Rurales des Coteaux du Savès et de l'Aussonnelle

## DOSSIER D'INSCRIPTION

ALAE - ALSH

**NOM DE L'ENFANT OU DU JEUNE**    ⇨ \_\_\_\_\_  
**Prénom**    ⇨ \_\_\_\_\_  
**ADRESSE**    ⇨ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**Date et lieu de naissance**    ⇨ \_\_\_\_\_



### ETABLISSEMENT SCOLAIRE

**Ecole de**    \_\_\_\_\_  
**Classe**    \_\_\_\_\_  
**Enseignant**    \_\_\_\_\_

### FRERES ET SŒURS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Noms et prénoms

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Dates de naissance

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### PERE ET MERE

Noms et prénoms

N° tél domicile

N° tel Travail

N° Portable

E-Mail

### Père

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Mère

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# AUTORISATION DE SORTIE

Profession du **père** \_\_\_\_\_ employeur \_\_\_\_\_

Profession de la **mère** \_\_\_\_\_ employeur \_\_\_\_\_

**Domicile** principal de l'enfant \_\_\_\_\_

**Les deux parents sont-ils titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale ?**

OUI  NON

(en cas de décision de justice limitant l'autorité parentale, joindre la copie de l'acte correspondant)

Nom, adresse et n° de tél de toute autre **personne titulaire de l'autorité parentale**

Nom, adresse et n° de tél du **médecin à contacter** en cas d'urgence

**N° allocataire CAF (1)** \_\_\_\_\_

(1)Obligatoire pour facturation. En cas d'absence facturation plein tarif)

**N° de sécurité sociale (qui couvre l'enfant)** \_\_\_\_\_

**Assurance personnelle ou scolaire** \_\_\_\_\_

(Dénomination-N° de contrat) \_\_\_\_\_

**N° allocataire MSA** \_\_\_\_\_

Je soussigné M \_\_\_\_\_

Agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale, autorise l'enfant à quitter seul la structure aux horaires autorisés (uniquement s'il a plus de 6 ans)

**Pour l'A.L.S.H.**  OUI  NON

**Pour l'A.L.A.E.**  OUI  NON

**-autorise les personnes suivantes à venir chercher l'enfant :**

NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE	N° DE TEL
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Fait à : ....., le.....

Signature de l'autorité parentale :



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Conformément à l'arrêté du 20 février 2003, les parents doivent communiquer les informations médicales suivantes :

- vaccinations obligatoires et/ou contre-indications (fournir une copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations, copie du carnet de vaccinations ou attestation d'un médecin) antécédents médicaux ou chirurgicaux ou tout autre élément d'ordre médical susceptibles pour les parents ou le représentant légal du mineur d'avoir des répercussions sur le déroulement du séjour pathologies chroniques ou aiguës en cours (voir arrêté susvisé et établissement d'un P.A.I conventionnel). Ils pourront être amenés à fournir un certificat médical de "non-contre-indication" suivant le type d'activité physique pratiquée.

Tout document contenant des informations médicales doit être joint à la présente fiche **sous enveloppe cachetée** portant le nom du mineur

## 1 - ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
Sexe  M  F DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

## 2 - VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole – Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
OuTétracoq					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION



LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI  (1) NON

(1) (précisez)

L'enfant suit-il un régime alimentaire? OUI  (1) NON

(1) Si oui, le communiquer au Directeur.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE  oui  non      VARICELLE  oui  non      ANGINE  oui  non  
SCARLATINE  oui  non      COQUELUCHÉ  oui  non      OTITE  oui  non  
ROUGEOLE  oui  non      OREILLONS  oui  non  
RHUMATISME ARTICULAIRE  oui  non

### ALLERGIES

ASTHME  oui  non      MEDICAMENTEUSES  oui  non  
ALIMENTAIRES  oui  non      AUTRES :

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler et fournir la prescription médicale)

---

---

---

**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 LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRE... PRÉCISEZ :

.....  
.....  
.....

**- AUTORISATION EN CAS D'URGENCE**

NOM DU RESPONSABLE LÉGAL: ..... PRÉNOM.....

ADRESSE : .....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) .....

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant : .....

Date :

Signature :

**DROIT A L'IMAGE** : Le représentant légal  autorise  n'autorise pas

La **CCRCSA** à réaliser pendant les activités de l'Accueil de Loisirs, des prises de vues sur lesquelles figure la personne inscrite. Il autorise l'organisme à utiliser librement ces photographies, à l'usage exclusif de l'association, sans demander de rémunération ni droits pour leur utilisation quel que soit le support (support de présentation, brochure, publications, site internet de l'association, expositions...). Ces photographies ne pourront être cédées et ne feront en aucun cas l'objet de diffusion ou d'utilisation commerciale. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation des photos ne devront pas porter atteinte à l'image ou à la réputation de l'enfant.

Je Soussigné, \_\_\_\_\_ Représentant légal de l'enfant \_\_\_\_\_

Certifie avoir pris connaissance et accepté le présent règlement intérieur

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature

(Précédée de la mention « lu et approuvé »