



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

DOSSIER D'INSCRIPTION

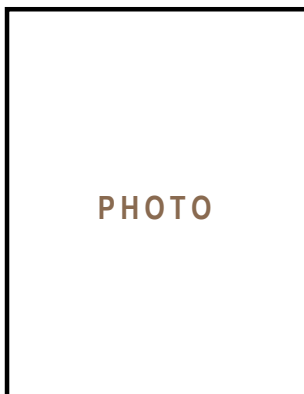
□ALAE - □ALSH

NOM DE L'ENFANT OU DU JEUNE ⇒ _____

Prénom ⇒ _____

ADRESSE ⇒ _____

Date et lieu de naissance ⇒ _____



PHOTO

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
Diphthérie				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 COQUELUCHE 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 »