



Communauté de Communes du Canton de Conty
Accueil de Loisirs de

Année



Cadre réservé à l'administration

- Fiche d'inscription
- Fiche sanitaire
- Copie des vaccins
- Règlement Intérieur :
- N° enregistrement

POUR VALIDER L'INSCRIPTION, remplir toutes les parties en pointillées et lisiblement merci

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance : à

Adresse :

.....

Téléphone domicile :

Nom / Prénom du père : Portable :

Nom / Prénom de la mère : Portable :

Profession (père): Employeur : Tél :

Profession (mère): Employeur : Tél :

N° S.S. : (Obligatoire)

N° Allocataire C.A.F. : (Obligatoire)

N° Allocataire M.S.A : (Obligatoire)

DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ

Mon enfant peut repartir **seul** de l'Accueil aux horaires de départ du midi (12H) et du soir (17H)

OUI NON **inscrire la décision dans le cadre**

Personnes autorisées à prendre en charge votre enfant à la sortie de l'Accueil de Loisirs :

Nom : Prénom : Qualité : Tel :

Nom : Prénom : Qualité : Tel :

Nom : Prénom : Qualité : Tel :

Les départs anticipés (avant 12h et 17h) doivent faire l'objet d'une demande auprès du directeur et n'être qu'occasionnels, (sauf accueil périscolaire du matin et du soir).

Une pièce d'identité pourra être demandée le cas échéant, par le directeur ou un animateur en charge de l'enfant.

Date : Signature des parents



Nom de l'enfant :Prénom :

Date de naissance :

Téléphone en cas d'**urgence** :

Médecin traitant : Tel :

Nom et numéro de l'assurance de l'enfant (**obligatoire**) :

..... Tel :

Responsable légal pendant la période du centre:

Nom, Prénom et Adresse.....

N° tel :

Faire la photocopie de tous les vaccins et de l'attestation d'assurance (obligatoire)

Groupe sanguin :

Allergie : Oui Non (rayer la mention inutile)

À quoi :

Traitement en cours :

Tout traitement administré sur le Centre doit faire l'objet d'un certificat médical et d'une autorisation parentale

Autres renseignements concernant la santé de l'enfant :

.....
.....

Observations / informations (cadre réservé à l'administration)

Madame.....,

Monsieur.....autorise(nt) le Directeur de A.L.S.H. à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie générale,...) en cas de nécessité. Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques dont l'avance aurait été faite pour mon enfant.

Date : Signature des parents

PS : N'oubliez pas de signaler s'il y a changement de l'un des renseignements.



Droit à l'image et autorisations de sorties

J'autorise mon enfant à participer aux activités et sorties organisées par l'ALSH, ainsi qu'à être photographié et filmé pour un usage interne au fonctionnement de l'ALSH ou externe (journal de la Communauté de Communes, émissions télé, quotidiens locaux...).

Autorisations de sorties :

OUI NON

inscrire la décision dans le cadre

Droit à l'image :

OUI NON

inscrire la décision dans le cadre

Date : Signature des parents