



Secteurs concernés :

- Enfance Jeunesse
- Famille Ateliers

Responsable 1	Responsable 2
Nom & Prénom :	Nom & Prénom :
Adresse :	Adresse :
Portable perso :	Portable perso :
Mail * : <input type="checkbox"/> @.....	Mail * : <input type="checkbox"/> @.....
Employeur :	Employeur :
Travaille sur le SIVOM : <input type="checkbox"/> Oui (précisez)..... <input type="checkbox"/> Non	Travaille sur le SIVOM : <input type="checkbox"/> Oui (précisez)..... <input type="checkbox"/> Non
Téléphone pro :	Téléphone pro :
Portable pro :	Portable pro :
Date de naissance :	Date de naissance :
Situation familiale :	Situation familiale :
Composition de la famille :	Nombre d'enfants vivant dans le foyer :
<input type="checkbox"/> En couple sans enfant(s)	0/3 ans :
<input type="checkbox"/> En couple avec enfant(s)	4/11 ans :
<input type="checkbox"/> Personne seule sans enfant(s)	12/17 ans :
<input type="checkbox"/> Personne seule avec enfant(s)	+ de 18 ans :
N° sécurité sociale (sur lequel l'enfant est rattaché) :	

***Ecrire l'adresse mail lisiblement, en lettres capitales et cocher la ou les adresses où l'on doit vous envoyer les factures.**

Régime (à remplir obligatoire)

Nom de l'allocataire :

N° d'allocataire :

Caisse (MSA ou CAF)

Informations obligatoires car l'Association reçoit des subventions pour le fonctionnement de l'accueil de loisirs, de la part de CAF et de la MSA, pour chaque présence enfant.

Autorisations

Je soussigné(e),.....père, mère, tuteur autorise mon enfant à participer à toutes les activités des secteurs concernés sous la responsabilité du personnel d'encadrement, y compris éventuellement : *baignade, bicyclette, sortie en car, escalade, camping, randonnées, activités nautiques....*

oui	non	autorisations
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autorise le/la responsable des secteurs concernés à faire procéder à toute intervention médicale ou chirurgicale en cas de nécessité absolue
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autorise mon enfant à être transporté par un responsable (<i>en cas d'extrême urgence</i>)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autorise mon enfant à être photographié ou filmé lors des activités, publié dans les journaux locaux ou support créé avec les enfants, exposé dans les locaux ou le groupe privée Facebook (ALSH) ou page publique Facebook (autres secteurs)

Peut-être exceptionnellement pris en charge **avec autorisation donnée le matin aux animateurs ou par mail la veille maximum** par :

Nom & Prénom	Lien par rapport à l'individu	Téléphone

Adolescent

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Portable :

Mail :

Ets scolaire :Classe :

- Autorisé à rentrer seul



Votre enfant :

NOM & Prénom :

Date de naissance :

Garçon **ou** Fille (*rayer la mention inutile*)

Vaccinations : Joindre les copies du carnet de santé, à jour.

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

ALLERGIES

Pour toute allergie, fournir le PAI et préciser la conduite à tenir.

- Médicamenteuse :
- Alimentaire :
- Régimes alimentaires spéciaux (végétarien, sans porc, sans viande) :
- Autres :

MALADIES

Cochez les maladies que l'enfant a déjà eu :

<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Scarlatine	<input type="checkbox"/> Asthme et conduite
<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Coqueluche	à tenir (PAI avec
<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Otite	ordonnance à fournir)
<input type="checkbox"/> Rhumatisme	<input type="checkbox"/> Rougeole
articulaire aigu	<input type="checkbox"/> Oreillons
	<input type="checkbox"/> Autres

Si votre enfant suit un traitement pendant les périodes d'accueil, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice.

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE sous la responsabilité de l'équipe d'animation.

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé en précisant les précautions à prendre (Opération, hospitalisation, maladie, accident...) :

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

Reconnaissance MDPH, familles touchant l'AEEH ou ayant un PAI à nous fournir absolument (nature du handicap et recommandations) :

.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES

• Votre enfant porte-t-il des lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires... précisez :

.....
.....

• Poids de l'individu (enfant et adolescent) : Kg

MEDECIN TRAITANT (facultatif)

Nom :

Téléphone :

Documents à fournir absolument pour que votre inscription soit prise en compte

- Copie Vaccins à jour
- Règlement intérieur signé et approuvé
- Attestation CAF/MSA avec QF à jour ou dernier avis d'imposition
- Attestation d'assurance scolaire et extra-scolaire (obligatoire)
- Règlement intérieur ALSH signé et approuvé
- PAI (si besoin)
- Justificatif pour les personnes travaillant sur le SIVOM
- Ordonnance (si médicament) maj 15/03/21

Date et signature :