



DOSSIER D'INSCRIPTION FAMILIALE

ALSH « Espace Détente »

Année 2017/2018

Père : **Responsable Légal :** OUI NON

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Date de naissance :

Tél : Domicile : Portable : Professionnel :

Adresse mail :

Profession : Employeur :

Mère : **Responsable Légal :** OUI NON

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Date de naissance :

Tél : Domicile : Portable : Professionnel :

Adresse mail :

Profession : Employeur :

Autre personne que les parents : **Responsable Légal :** OUI NON

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Date de naissance :

Tél : Domicile : Portable : Professionnel :

Adresse mail :

Profession : Employeur :

Vos enfants :

(Inscrire les enfants du plus petit au plus grand)

1^{er} Enfant :

Nom : Prénom :

Né(e) le : à Âge :

Groupe scolaire fréquenté Maternelle Elémentaire

2^{ème} Enfant :

Nom : Prénom :

Né(e) le : à Âge :

Groupe scolaire fréquenté Maternelle Elémentaire

3^{ème} Enfant :

Nom : Prénom :

Né(e) le : à Âge :

Groupe scolaire fréquenté Maternelle Elémentaire

Informations complémentaires obligatoires :

Cochez votre situation :

Mariés Pacsés Séparés Divorcés Célibataire Veuf/Veuve

Sont autorisés à venir chercher le(s) enfant(s) : père mère

Régime général N° Sécurité Sociale :

ou Régime agricole N° Mutuelle Sociale Agricole :

Je soussigné(e).....

père mère autre certifie que mon enfant

bénéficie d'une assurance responsabilité civile dont je joins l'attestation en cours de validité.

(Joindre une copie de l'attestation en cours de validité.)

Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant ou à prévenir en cas d'accident :

1- Nom : Prénom :

Adresse :

Lien de parenté ou autre

Téléphone(s) : Domicile : Portable : Professionnel :

2- Nom : Prénom :

Adresse :

Lien de parenté ou autre

Téléphone(s) : Domicile : Portable : Professionnel :

Autorisez-vous votre enfant à quitter seul(e) l'accueil de loisirs :

OUI

NON

(barrez la mention inutile)

A....., le.....

Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé ».

Signature :



Autorisation Parentale

Je prends connaissance et accepte les points suivants :

- déclare autoriser mon enfant à **fréquenter « l'Espace Détente »** et à participer aux activités toute l'année.
- dispose d'une Assurance Responsabilité *Civile* (joindre un justificatif)
- autorise la responsable de la structure d'accueil à faire **donner tous soins urgents** constatés par le médecin.
- certifie que les vaccinations de mon enfant sont à jour
(Joindre une fiche sanitaire complète par enfant)
- reconnaît avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à y souscrire.
- accepte que mon enfant soit pris en photo lors de manifestations particulières et que les photos soient éventuellement affichées ou diffusées sur internet et ailleurs.

Tarifs 2017/2018



Pour bénéficier des activités il faut être membre de l'Association Amicale Jules Verne gestionnaire de « l'Espace Détente », la cotisation est annuelle (année scolaire) et familiale, de **6 €**. Une participation de **9 €** par activité et par trimestre est demandée, un tarif dégressif en fonction du quotient familial pourra être appliqué.

LUNDI, MARDI, JEUDI & VENDREDI

Quotient familial :QF	QF<800	800<QF<1250	Tarif plein QF>1250
Tarif de l'activité	7,20 €	8,10 €	9 €

Le tarif est fixé en fonction du Quotient Familial (QF) de la famille.

Merci de m'indiquer votre N° d'allocataire CAF :

Grâce à la convention CAFPRO, nous avons accès à votre QF.

Les bons vacances de la CAF (copie vierge non remplie) viennent en déduction du prix.



A....., le.....

Faire précéder la signature de la mention « **lu et approuvé** ».

Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Accueil de Loisirs sans hébergement « Espace Détente »



L'enfant a-t-il déjà eu:

ASTHME : Oui Non
 ALLERGIES ALIMENTAIRES : Oui Non
 ALLERGIES MEDICAMENTEUSES : Oui Non

I / L'Enfant

NOM : Prénom :

Fille Garçon

Date de naissance : Âge :

Groupe sanguin et Rhésus :
 (si vous le connaissez)

II/ Les Vaccinations

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS <i>OBLIGATOIRES</i>	oui	non	Dates des Derniers rappels	VACCINS <i>RECOMMANDES</i>	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oréillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT POLIO				Autres : (préciser)	
Ou Tétracoq				BCG	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

III/ Renseignements Médicaux concernant l'enfant

Si l'enfant suit **un traitement médical** au courant de l'année scolaire, il faut 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 médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

	Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
OUI								
NON								

Précisez la cause des allergies et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

Indiquez ci-après, les difficultés de santé de l'enfant (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

IV/ Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc...

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives :
 oui non

V/ Responsable de l'enfant

NOM : Prénom :
 Adresse :
 Téléphone fixe : Téléphone portable :
 Numéro de sécurité sociale :
 Nom du médecin traitant :
 Téléphone du médecin traitant:

Je soussigné,..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

A....., le.....

Faire précéder la signature de la mention « **lu et approuvé** ».
 Signature :