

1. L'ENFANT

Nom: Prénom

Date de naissance: Lieu..... sexe : M $\frac{1}{2\pi}$ F $\frac{1}{2\pi}$

Etablissement scolaire : Classe :

2. ETAT CIVIL DES RESPONSABLES

	Responsable 1	Responsable 2	Autre (grands-parents, famille d'accueil...)
Nom
Prénom
Adresse
Profession
Tél dom.
Tél port.
Tél prof.
e-mail
Adresse de facturation (si différente de l'adresse du responsable légal) :			

Résidence de l'enfant :

Chez les parents $\frac{1}{2\pi}$ ou chez la mère $\frac{1}{2\pi}$ ou chez le père $\frac{1}{2\pi}$ ou autre $\frac{1}{2\pi}$ (préciser).....

Autorité parentale conjointe oui $\frac{1}{2\pi}$ non $\frac{1}{2\pi}$ Si non, joindre photocopie du jugement

n° d'allocataire CAF :

ou n° MSA :

Si vous ne percevez pas d'allocations familiales, de quel régime de sécurité sociale dépendez-vous :

Etes-vous bénéficiaire d'une aide aux temps libre CAF ou MSA : oui $\frac{1}{2\pi}$ non $\frac{1}{2\pi}$

Joindre le justificatif pour application du tarif, QF :

3. AUTORISATIONS

Je soussigné(e).....,

- Autorise mon enfant à participer aux activités proposées par la CCHB dans le cadre de l'ALSH. oui $\frac{1}{2\pi}$ non $\frac{1}{2\pi}$
- Autorise mon enfant à prendre un moyen de transport commun pour les sorties pédagogiques. oui $\frac{1}{2\pi}$ non $\frac{1}{2\pi}$
- Autorise le responsable des activités à faire soigner et pratiquer les interventions d'urgence par le médecin consulté. oui $\frac{1}{2\pi}$ non $\frac{1}{2\pi}$
- Assure que mon enfant ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités proposées (sport etc...) oui $\frac{1}{2\pi}$ non $\frac{1}{2\pi}$
- Autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile : oui $\frac{1}{2\pi}$ non $\frac{1}{2\pi}$
- Autorise les personnes citées ci-dessous à venir récupérer mon enfant à l'ALSH (pensez à vous munir d'une carte d'identité) :

Nom Prénom	Adresse	Téléphone
.....
.....
.....

Contact d'urgence à appeler en dehors des parents : Nom Prénom : Téléphone :

$\frac{1}{2\pi}$ A pris connaissance et accepte le règlement intérieur ci-joint.

$\frac{1}{2\pi}$ Atteste sur l'honneur l'exactitude des informations transmises ci-après.

Fait le..... à.....

Signatures du ou des responsables légaux :

Date de réception de l'inscription :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Document strictement confidentiel.

Nom de l'enfant : Prénom Date de naissance

Vaccinations : (Merci de joindre la copie des vaccinations à jour)

Vaccins	oui	non	Dates des rappels
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
BCG			
Hépatite B			
Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Coqueluche			
Autre			

Allergies : (Fournir une copie du PAI si votre enfant en possède un)

Allergies	oui	non	Commentaires et conduites à tenir
Asthme			
Alimentaire			
Médicamenteuse			
Autres (préciser laquelle)			

Traitement

Votre enfant suit-il actuellement un traitement ? $\frac{1}{2\pi}$ Oui $\frac{1}{2\pi}$ Non

Si oui, lequel?.....

S'il doit le suivre pendant le séjour, merci de joindre l'ordonnance du médecin aux médicaments. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

- Indiquer le nom de l'enfant et la posologie sur la boîte.

- Le donner en main propre à un membre de l'équipe.

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) ? $\frac{1}{2\pi}$ Oui $\frac{1}{2\pi}$ Non

Recommandations des parents (alimentaire, lunette, prothèse, traitement médical...)

Votre enfant sait-il nager ?

$\frac{1}{2\pi}$ oui $\frac{1}{2\pi}$ non

Nom de votre médecin traitant :

Numéro de téléphone du médecin traitant :

N° SS de l'assuré qui couvre l'enfant :

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. L'enfant ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Fait le à

Signatures du ou des responsables légaux