

**L'ENFANT**

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code Postal : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Ville : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Sexe :  fille  garçon

**RÉGIME ALIMENTAIRE**

Repas sans porc  
 Projet d'accueil individualisé (en cas d'allergie alimentaire)

**LES PARENTS**

Père : Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
 N° privé |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
 N° portable |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
 Mail : \_\_\_\_\_  
 Profession : \_\_\_\_\_  
 Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_  
 N° professionnel |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Mère : Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
 N° privé |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
 N° portable |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
 Mail : \_\_\_\_\_  
 Profession : \_\_\_\_\_  
 Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_  
 N° professionnel |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Ces informations nous permettent de vérifier le régime d'affiliation

Affiliation :  CAF  Régime agricole  Autre régime

Quotient familial :  < à 500  Entre 500 et 680  > à 680

Autorisez-vous le responsable de l'ALSH à prendre en compte les informations de votre dossier allocataire CAF

Oui  Non

A défaut pour pourrez bénéficier d'un tarif adapté sur production des justificatifs (feuille d'imposition...)

Indiquer votre n° d'allocataire à la CAF (7 chiffres et 1 lettre) :

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

A défaut l'organisme payeur (ex. MSA) et votre numéro d'adhérent :

\_\_\_\_\_

**AUTORISATION PARENTALE ET EN CAS D'URGENCE**

Je déclare que mon enfant peut quitter seul le centre, par ses propres moyens :

Oui  Non Heure de départ : \_\_\_\_\_

Si non, personnes autorisées à venir le chercher ou à prévenir en cas d'urgence

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**PLAGE D'ACCUEIL**

SEMAINES	Cocher			Tarifs
	8-11 ans	Avec Repas	Sans Repas	
Sem 1 : du 11 au 15 juillet				
Sem 2 : du 18 au 22 juillet				
Sem 3 : du 25 au 29 juillet				
Sem 4 : du 1 au 5 août				
Sem 5 : du 8 au 12 août				
Sem 6 : du 15 au 19 août				
Sem 7 : du 22 au 26 août				
			TOTAL	

Inscription à la semaine uniquement

**REMARQUES**

Lors de nos activités, nous pouvons être amenés à prendre des photos de votre enfant et de les diffuser, notamment par voie de presse.

J'autorise la prise et la diffusion des photos de mon enfant :

Oui  Non

Je certifie l'exactitude de tous les renseignements cités ci-dessus.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature des parents (ou tuteurs) précédée de la mention « lu et approuvé » :

Les dossiers sont à déposer au bureau de l'ACAL (au Pôle Culturel) aux heures d'ouvertures suivantes :

- Mardi de 14 h à 18 h
- Mercredi de 10 h à 12 h et de 14 h à 18 h
- Jeudi de 14 h à 18 h
- Vendredi de 14 h à 16 h

Merci de vous munir de :

- Votre n° d'allocataire CAF et de votre justificatif de votre quotient familial
- Du paiement

Fiche d'inscription et fiche sanitaire (au verso) à compléter

Toute inscription incomplète sera refusée





## FICHE SANITAIRE DE LIAISON (A COMPLETER IMPERATIVEMENT)

### 1 - ENFANT

NOM .....

Prénom .....

Date de naissance ..... / ..... / .....

Sexe

Fille  Garçon

### 2 -VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### 3 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui  non

Si oui joindre une ordonnance récente 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 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES :

ASTHME oui  non

MÉDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non

AUTRES : .....

### PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....  
.....

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 DENTAIRES

.....

### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM .....

Prénom .....

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 séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :