



FICHE D'INSCRIPTION

 Accueil de loisirs (ALSH)
 Accueil Péri-scolaire

La Caisse d'Allocations Familiales du Lot et Garonne et la MSA soutiennent la structure dans son fonctionnement.

Le (ou les) enfant(s)

Nom	Prénom	Sexe (F/G)	Date de naissance	Ecole

Le Père

 Nom : Prénom :
 Profession : Employeur :
 Autorité parentale : oui non
La Mère

 Nom : Prénom :
 Profession : Employeur :
 Autorité parentale : oui non
Adresse

Les N° de téléphone
(N'oubliez pas d'indiquer un N° où vous joindre n'importe quand dans la journée et famille)

 ① ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Intitulé :
 ② ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Intitulé :
 ③ ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Intitulé :
 ④ ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Intitulé :

Adresse mail

.....

Régime d'appartenance
 CAF MSA Autre :
 N° d'allocataire :

Si non allocataire : fournir avis d'imposition pour calcul QF

Aide aux vacances
 Présentation d'une pièce justificative de la CAF (Aide aux vacances).

Accompagnants

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon (ou mes) enfant (s) au centre de loisirs ou accueil périscolaire.

Nom et prénom	Lien de parenté	N° de téléphone

L'autorisation parentale

Ayant pris connaissance du fonctionnement de l'accueil de loisirs et de l'accueil périscolaire, je soussigné (e)

responsable légal de ou (des) l'enfant (s)

Autorise mon (mes) enfants à participer aux activités hors du centre de loisirs sous la surveillance du personnel d'animation.

Autorise le centre de loisirs à faire transporter mon enfant lors des sorties par des moyens de transports collectifs.

Autorise l'équipe d'animation et des journalistes à prendre mon enfant en photo (ou de les filmer) dans le cadre des activités (publication site internet commune ou castelfondais)

Autorise le personnel d'animation à prendre en cas d'urgence, toute décision concernant la santé de mon enfant, soins, hospitalisation, intervention d'un médecin.

Règlement Intérieur

Le règlement intérieur du centre de loisirs et de l'accueil périscolaire de Castelculier est affiché à l'intérieur des locaux .

Lu et approuvé,

Fait à, le

Signature du ou des responsable (s) légal :

Cette fiche d'inscription au centre de loisirs est valable jusqu'au 6 ans de votre enfant.
Il est important d'informer la Directrice de tout changement (N°de téléphone, adresse, régime...)
Chaque année vous devrez apporter les documents suivants :

- Documents à fournir :**
- Attestation d'assurance **extrascolaire** couvrant Responsabilité civile et individuelle accident
 - Photocopie des vaccinations à jour
 - Attestation d'aide aux vacances CAF ou Avis d'imposition

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom et Prénom de l'enfant :

Vaccinations

Photocopies des vaccinations à jour à remettre à la Directrice.
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

Maladies

Votre enfant a-t-il eu :

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	scarlatine
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Asthme : oui non

L'enfant porte-t-il des prothèses (lunettes, auditives, dentaires...)?

oui non

Allergies

L'enfant a-t-il des allergies ?

Alimentaires : oui non

Médicamenteuses : oui non

Autres : oui non

Y a-t-il un PAI (projet d'accueil individualisé) établi : oui non
(si oui en donner un exemplaire à la Directrice)

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

Santé

L'enfant a-t-il des problèmes de santé autres : oui non

.....

Suit-il un traitement :

Recommandations des parents :

.....

En cas d'urgence

Nom du médecin traitant : Tél :

Nom de l'hôpital ou clinique :

N° de Sécurité Sociale :

Nom assurance :