



# FICHE D'INSCRIPTION

 Accueil de loisirs (ALSH)   
 Accueil Péri-scolaire   
 Cantine 

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 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 : .....