



**ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRE
ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT
LES FAISSES**

ANNEE SCOLAIRE : /

Merci de joindre au dossier :
- La copie de l'assurance en responsabilité civile
- La copie du carnet de vaccination à la page DTP

FICHE D'INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES

NOM ET PRENOM DE L' ENFANT :

Nouvelles familles : merci de nous envoyer votre adresse email à alpash.valros@laposte.net afin de recevoir l'intégralité des documents d'inscription.

INFORMATIONS MEDICALES ET SANITAIRES

Oui, mon enfant porte :
 Des lentilles Des lunettes Des prothèses auditives Des prothèses dentaires

Autres précisions :

Oui, Mon enfant suit-un traitement médical continu occasionnel
 ➔ Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine avec notice, marqué au nom de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance

Oui, mon enfant fait-l 'objet d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI)
 ➔ Si oui, joindre la photocopie du PAI.

Oui, mon enfant a- des allergies connues :
 ➔ Asthme Médicamenteuses Alimentaires Autres
 ➔ Joindre un certificat médical précisant raison et gravité de l'allergie ainsi que la conduite à tenir

ATTENTION : le vaccin anti- tétanique est obligatoire. Joindre un certificat en cas de contre-indication.

Votre enfant peut-il être maquillé : oui non
 Merci d'indiquer ci-sur la fiche Enfant les difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre :

INFORMATIONS FAMILIALES

Renseignements complémentaires concernant la famille

Situation de famille : couple famille monoparentale
Régime social : Régime Général : Régime Agricole (MSA) : Autres (edf, sncf...) :
N° de sécurité sociale de la personne qui couvre l'enfant :
Coefficient familial CAF : Non allocataire CAF

Si Les responsables légaux ne sont pas le père ou la mère.

Nom - Prénom	Lien de relation ou de parenté à l'enfant	Adresse	Tél fixe / Tél portable	Adresse de l'employeur	téléphone du travail

Personnes autres que les responsables légaux à contacter en cas d'urgence et autorisés à récupérer l'enfant <i>(si différents des informations de la fiche enfant)</i>			Personnes habilitées à venir chercher l'enfant <i>(si différents des informations de la fiche enfant)</i>		
Nom - Prénom	Lien de relation ou de parenté à l'enfant	N° de téléphone Fixe et Portable	Nom - Prénom	Lien de relation ou de parenté à l'enfant	N° de téléphone Fixe et Portable

Autorisations spécifiques

Je soussigné Mme :

Je soussigné M.
(Noms / prénoms des parents ou représentants légaux)

En signant la présente fiche d'inscription aux services périscolaires ALP et ALSH « les Faïsses » :

- J'autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités organisées par le service périscolaire.
- Je m'engage à signaler tout changement de situation et à transmettre tout document actualisé en cours d'année.
- Je certifie avoir reçu un exemplaire du règlement intérieur et en avoir pris connaissance, et m'engage à le respecter sous peine de radiation définitive de l'enfant.
- *Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'ALP et ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*
- J'autorise Je n'autorise pas, le service ALP ALSH à utiliser et diffuser à titre gratuit des photographies de mon enfant, réalisées dans le cadre de l'ALP et ALSH. *Ces photographies sont susceptibles d'être utilisées pour et par les supports suivants : activités manuelles, site internet intercommunal, diaporama et articles publiés dans les journaux*

Mention manuscrite « lu et approuvé » :

A..... LE

SIGNATURES :

