



**ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRE  
ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT  
COMMUNE DE VALROS  
ANNEE SCOLAIRE : 2022/2023**

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

**Nouvelles familles : merci de nous envoyer votre adresse email à [centreloisirs@valros.fr](mailto:centreloisirs@valros.fr) afin de recevoir l'intégralité des documents d'inscription.**

**DOSSIER ENFANT**

**NOM ET PRENOM DE L' ENFANT :** .....

**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-il '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.

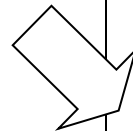
**Votre enfant peut-il être maquillé :**  oui  non  
L'enfant connaît-il des difficultés de santé (merci de préciser les précautions à prendre) :

**INFORMATIONS FAMILIALES**

**Régime social :** Régime Général :  Régime Agricole (MSA) :  Autres (edf, sncf...) :   
**N° d'allocataire CAF:** .....

**Personnes autres que les responsables légaux à contacter en cas d'urgence  
et autorisés à récupérer l'enfant**

**(à remplir uniquement si différent des informations de la fiche enfant pré-remplie)**



Non allocataire CAF

**1/ NOM/PRENOM** :..... N°de téléphone :.....  
Lien de parenté :..... À contacter en cas d'urgence : oui / non

**2/ NOM/PRENOM** :..... N°de téléphone :.....  
Lien de parenté :..... À contacter en cas d'urgence : oui / non

**3/ NOM/PRENOM** :..... N°de téléphone :.....  
Lien de parenté :..... À contacter en cas d'urgence : oui / non

**4/ NOM/PRENOM** :..... N°de téléphone :.....  
Lien de parenté :..... À contacter en cas d'urgence : oui / non

**Je soussigné Parent 2** :.....  
(Noms / prénoms des parents ou représentants légaux)

autorise  n'autorise pas, mon enfant à quitter seul l'ALP, l'ALP du mercredi et l'ALSH des vacances.

Certifie que mon enfant est à jour des vaccins obligatoires.

autorise  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.*

autorise  n'autorise pas, le service ALP / ALSH et la Mairie de Valros a m'envoyer des informations par mail

En signant la présente fiche d'inscription aux services périscolaires ALP et ALSH de la commune :

- J'autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités organisées par le service ALP / ALSH Mercredi / ALSH Vacances et sorties.
- 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.

**Mention manuscrite « lu et approuvé » :**

A..... LE

**SIGNATURES :**

**Parent 1 :**

**Parent 2 :**

