



**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 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.

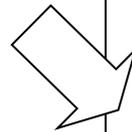
Votre enfant peut-il être maquillé : oui non
L'enfant connaît-il des difficultés de santé (merci de préciser les précautions à prendre) :

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 :

