

1. L'ENFANT

Nom: Prénom

Date de naissance: Lieu : sexe : M F

Etablissement scolaire (Commune) : Classe :

2. RESPONSABLE LEGAL 1

Nom/prénom du responsable légal :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Email :

Père Mère Autre

3. RESPONSABLE LEGAL 2

Nom/prénom du responsable légal :

Adresse (si différente de l'adresse indiquée ci-dessus) :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Email :

Père Mère Autre

4. RESIDENCE DE L'ENFANT

Résidence de l'enfant :

Chez les parents ou chez la mère ou chez le père ou autre (Préciser)

Indiquer le nom et les coordonnées, si différents des coordonnées du « responsable légal » :

.....

Autorité parentale conjointe : oui non Si non, merci de joindre une copie du jugement.

5. ADRESSE DE FACTURATION

Adresse de facturation, si différente de l'adresse du responsable légal :

.....

.....

6. ALLOCATIONS FAMILIALES

Quel parent perçoit les allocations familiales ? la mère ou le père

N° d'allocataire CAF :

Ou

N° d'allocataire MSA :

Quelque soit le régime dont vous dépendez merci de fournir une attestation permettant de justifier de votre quotient familial afin que le tarif correspondant puisse être appliqué.

Etes-vous bénéficiaires d'une Aide aux temps libre (CAF) ou du Bon vacances (MSA) ? oui non

Si oui, merci de joindre l'attestation afférente pour application de l'aide au moment de la facturation.

7. AUTORISATIONS

Je soussigné(e).....,

- **Autorise mon enfant à participer aux activités proposées par la CCHB dans le cadre de l'ALSH.**
 oui non
- **Autorise mon enfant à prendre un moyen de transport commun pour les sorties pédagogiques.**
 oui non
- **Autorise le responsable des activités à faire soigner et pratiquer les interventions d'urgence par le médecin consulté.**
 oui non
- **Autorise l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensable au regard de l'état de santé de mon enfant.**
 oui non
- **Assure que mon enfant ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités proposées, particulièrement la pratique sportive.**
 oui non
- **Autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile.**
 oui non
- **Autoriser les personnes suivantes à venir récupérer mon enfant à l'ALSH (pensez à vous munir d'une carte d'identité)**

Nom Prénom	Adresse	Téléphone

8. CONTACT D'URGENCE

Personne à contacter en cas d'urgence (en dehors des parents).

Nom/prénom :

Numéro de téléphone :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations transmises dans ce dossier d'inscription.

Fait le.....à.....

Signatures du ou des responsables légaux :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom de l'enfant : Prénom
Date de naissance :

Vaccinations : (Joindre la copie du carnet de vaccination à jour)

Vaccins	oui	non	Dates des rappels
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
BCG			
Hépatite B			
Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Coqueluche			
Autre			

Allergies : (Fournir une copie du PAI ou protocole si votre enfant en possède un)

Allergies	oui	non	Commentaires et conduites à tenir
Asthme			
Alimentaire			
Médicamenteuse			
Autres (préciser laquelle)			

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) ? Oui Non

Traitement :

Votre enfant suit-il actuellement un traitement ? Oui Non

Si oui, lequel?.....

S'il doit le suivre pendant le séjour, merci de :

- joindre l'ordonnance du médecin aux médicaments,
- indiquer le nom de l'enfant et la posologie sur la boîte,
- le donner en main propre à un membre de l'équipe.

Informations à savoir (situation familiale, lunette, prothèse, alimentaires, autres...)

Votre enfant sait-il nager ? oui non

Nom de votre médecin traitant :

N° SS de l'assuré qui couvre l'enfant :

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. L'enfant ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille