

## 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)<br>..... |     |     |                                   |

**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