

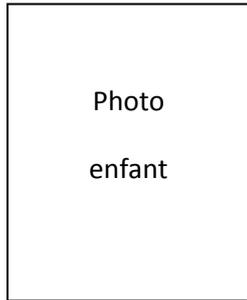
Cadre réservé à l'administration

Fiche de renseignements incomplète N°allocataire Autre :..... Date de saisie :
Fiche sanitaire incomplète Justificatif de domicile
Attestation d'assurance Avis d'imposition Complet le : Agent :



Fiche individuelle de renseignements
Accueil de Loisirs Périscolaire et ALSH

Année scolaire 2018-2019
(valable du 1er septembre 2018 au 31 août 2019)



Enfant :

Nom : Prénom : Masculin Féminin
Date de naissance :/...../..... Ecole : Maternel Primaire Ado

Données communes à la familles :

Nom allocataire
(tel qu'il apparait sur vos documents CAF) : N° allocataire CAF ou MSA :
 Régime général (CAF) MSA Autre
Nombre d'enfants à charge : Avez-vous droit aux aides loisirs de la CAF oui non
Adresse mail utilisée sur le portail famille :

Responsable 1 :

Nom : Prénom :
Adresse :
Domicile :/...../...../..... Portable :/...../...../..... Travail :/...../...../.....

Responsable 2 :

Nom : Prénom :
Adresse :
Domicile :/...../...../..... Portable :/...../...../..... Travail :/...../...../.....

Assurance (joindre une attestation RC ou Scolaire)

Nom de l'organisme : N° de contrat : Dates d'échéances :

Personnes à prévenir en cas d'urgence et habilités à venir chercher l'enfant (autres que les parents) :

Nom : Prénom :
Numéro de portable :/...../...../...../..... Lien avec l'enfant :
Nom : Prénom :
Numéro de portable :/...../...../...../..... Lien avec l'enfant :

Informations complémentaires :

Accord d'hospitalisation Autorisation photo Port de lunettes Port appareil auditif Handicapé
 Autorisation à partir seul Autorisation de sport Port appareil dentaire Autre

Données sanitaires :

Nom du médecin traitant : Tel. :/...../...../...../.....

Allergies alimentaires :

- Pratique alimentaire :
- Normal
 - Sans porc
 - Sans viande

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) :
(Attention les parents fournissent le repas de substitution)

VACCINS	DATES DES DERNIERS RAPPELS Important JJ/MM/AA	VACCINS	DATES DES DERNIERS RAPPELS Important JJ/MM/AA
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche Poliomyélite (DTCP)/...../.....	Méningocoque C/...../.....
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche Poliomyélite Haemophilus (DTCPH)/...../.....	Pneumocoque (Prevenar)/...../.....
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP) (Pentavac)/...../.....	R.O.R./...../.....
Hépatite A et/ou Hépatite B/...../.....	B.C.G/...../.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- ANGINE
- OREILLONS
- RHUMATHISME ARTICULAIRE AIGÛ
- RUBEOLE
- VARICELLE
- COQUELUCHE
- OTITE
- ROUGEOLE
- SCARLATINE

Asthme : oui non Allergies médicamenteuses : oui non Autres :

Contre indications :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir, si automédication le signaler, (barrer si rien à signaler merci)

.....
.....
.....

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre (barrer si rien à signaler merci)

.....
.....
.....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur le dossier d'inscription et autorise le responsable de l'ALP/ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Fait à Saint André de Sangonis, le

Signature

RAPPEL des pièces à fournir (uniquement des photocopies pas d'originaux) :

- Avis d'imposition sur les revenus 2016 (de septembre à décembre 2018),
- Justificatif de domicile de moins de trois mois,
- Attestation d'assurance en cours de validité (si celle-ci date de moins de 3 mois elle peut servir de justificatif de domicile).