INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS
« Les Petits Filous » 2023/2024

Téléphone : 07.76.86.84.34
Mail : alsh@allassac.fr

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION	
Date échéance assurance : …../…../20…	Observations :……

Pièces justificatives à joindre au dossier : (tout dossier incomplet ne sera pas traité)

- □ Photocopie du carnet de vaccination OU attestation du médecin comme quoi l'enfant est à jour dans les vaccinations
- □ Attestation d'assurance EXTRA-SCOLAIRE année 2023/2024
- □ Fiche sanitaire de liaison à remplir (fiche joint dans le dossier)
- □ Copie du dernier avis d'imposition du foyer (vivant sous le même toit que l'enfant)
- □ Attestation pour activités nautiques et aquatiques
- □ Pass'ALSH le cas échéant (transmis par la CAF si vous en bénéficiez)

Renseignements relatifs à l'enfant :

Nom Prénom	
Date de Naissance	
Ecole et Classe Fréquentée à la rentrée 2023	
L'enfant sait-il nager ?	□ oui □ non BREVET : □

Famille

Responsable légal 1 :

□ Père □ Mère □ Autre : ……

Nom-Prénom : ……

Téléphone :……

Adresse : ……

Mail : ……

Employeur : …… Tel :……

Responsable légal 2 :

□ Père □ Mère □ Autre : ……

Nom-Prénom : ……

Téléphone :……

Adresse : ……

Mail : ……

Employeur : …… Tel :……

En cas de séparation ou de divorce, la garde est assurée par : Le représentant 1 ☐ Le représentant 2 ☐
Garde alternée ☐

	Nom –Prénom	Lien de parenté	Téléphone
Personne majeures autorisées à venir chercher l'enfant (avec une carte d'identité)			

	Nom –Prénom	Lien de parenté	Téléphone
Personne majeures autorisées à venir chercher l'enfant (avec une carte d'identité)			

J'autorise une personne mineure (à partir de la 6ieme) à venir chercher mon enfant avec sa pièce d'identité:

Nom…… Prénom ……
Lien avec l'enfant ……Tel domicile……..Tel portable……

Renseignements sur la santé de l'enfant

Nom du médecin traitant : …… tél : …….
Votre enfant présente-t-il des troubles de la santé ou des allergies : Oui ☐ Non ☐
Si oui merci de préciser : …… …….
Un projet d'Accueil Individualisé (PAI) a-t-il été mis en place avec le médecin : Oui ☐ Non ☐
Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier : Oui ☐ Non ☐
Si oui merci de préciser : ……..

Autorisations

Nom et prénom du demandeur :…… représentant légal de l'enfant : ……

- Autorise mon enfant à effectuer des déplacements, à pied ou en bus liés à des besoins de service que ce soit les mercredis ou les jours de vacances scolaires. Oui ☐ Non ☐
- Autorise mon enfant accidenté ou malade à être transporté et hospitalisé par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille sera immédiatement avertie par nos soins. Oui ☐ Non ☐
- Autorise le personnel à photographier, à filmer ou à enregistrer mon enfant et à diffuser l'image pour la présentation des activités dans : la presse, expositions, site internet de la commune et page Facebook privée (cette page est ouverte uniquement aux parents dont les enfants sont inscrits à l'accueil). Oui ☐ Non ☐
- Autorise mon enfant à participer à l'activité maquillage et à être maquillé. Oui ☐ Non ☐
- Je déclare que mon enfant est en bonne santé et a reçu les vaccinations réglementaires, lui permettant de s'adapter à la vie en collectivité. Oui ☐ Non ☐

L'absence de réponse sera considérée comme une réponse négative.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions d'inscription et de fonctionnement et accepté le règlement intérieur.
Je certifie être informé(e) que, en cas d'urgence, les services de secours seront contactés et que des mesures pourront être prises, y compris l'hospitalisation.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus et je m'engage à signaler toute modification concernant la santé de l'enfant, un changement d'adresse ou un numéro de téléphone.

Fait à le

Signature obligatoire du et ou des représentent légaux (en cas de garde partagée de l'enfant).