



Réservé à l'administration
NOM
PRENOM

2018 - 2019

DOSSIER INSCRIPTION



VALABLE POUR :

LES PERISCOLAIRES

CHANTERAC-ST GERMAIN DU SALEMBRE- ST AQUILIN-LEGUILLAC DE L'AUCHE

ALSH « LES LUCIOLES » CHANTERAC LES MERCREDIS

ET VACANCES

**Accueil multi sites de la
COMMUNAUTE DE COMMUNES ISLE VERN SALEMBRE**

Chantérac 09 62 53 50 32

St Aquilin 05 53.05.86.25

St Germain du S. 06 30 83 86 69

Léguillac 05 53 54 61 85.

Courriel : alshchanterac@ccivs.fr

Fiche de renseignements Commune aux activités Extra & Périscolaires

Renseignements concernant l'enfant

Nom : Prénom :
Date et lieu de naissance :
Nom du professeur : Classe : Lieu :

Renseignements concernant les parents

Nom et prénom du père :

.....
Adresse :
☎ Domicile : ☎ travail : ☎ portable :
Mail : N° de sécurité sociale/MSA :
Profession :
Employeur :

Nom et prénom de la mère :

.....
Adresse :
☎ Domicile : ☎ travail : ☎ portable :
Mail : N° de sécurité sociale/MSA :
Profession :
Employeur :

Représentant CAF de l'enfant : père mère (Obligatoire) N° d'allocataire :

Situation familiale : mariés pacsés divorcés séparés concubinage autres :

En cas de séparation, mode de garde : alternée exclusive Père
 Mère

Nombre de frères et sœurs :

En cas de séparation, le parent n'ayant pas la garde de l'enfant a-t-il l'autorisation de récupérer l'enfant à la sortie de l'accueil de loisirs : oui non

(Fournir la copie de l'extrait du jugement stipulant les modalités de garde de l'enfant)

Nom et téléphone des personnes autorisées à venir chercher l'enfant en l'absence des parents ou en cas de retard le soir (mettre le lien de parenté) :

1)..... 4).....
2)..... 5).....
3)..... 6).....

L'enfant rentrera seul (Si oui, autorisation écrite des parents) : oui non

Si une autre personne non notée sur la liste vient récupérer votre enfant, il devra avoir une autorisation signée de votre part.

Fiche sanitaire de l'enfant

Assurance

Assurance responsabilité civile (nom et adresse) :

.....

N° de contrat :

(Merci de joindre une attestation)

Médical

Médecin

traitant : ☎ :

Adresse :

Vaccinations obligatoires

Date de vaccination : DT coq Polio : **(Joindre une photocopie)**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires ... ? Oui non

Si oui, précisez :

Doit-il les porter pour toute activité : oui non

Problèmes de santé particuliers à nous

signaler :

.....

Votre enfant est-il :

Asthmatique : oui non

Allergique : oui non

Selon le cas,

précisez :

L'enfant fait-il l'objet d'un projet d'accueil individualisé (PAI) ? oui non

(Si oui, le communiquer au directeur de l'accueil)

N° de téléphone en cas d'urgence autre que les parents:

NOM: domicile :

Portable :

Travail :

NOM : domicile :

Portable :

Travail :

lien de parenté : ☎ :

lien de parenté : ☎ :

(Cocher le numéro à appeler en priorité)

Droit à l'image

J'accepte que mon enfant soit photographié dans le cadre des activités Extra & Périscolaires, que ces photos puissent être exploitées dans le cadre des moyens de communication utilisés par l'ALSH, la Mairie et la Communauté de Communes (journal local, blogs de la commune, site internet de la Communauté de Communes...) oui non

Autorisation de déplacement

J'accepte que mon enfant effectue des sorties à pied dans le cadre des activités Extra & Périscolaires. Ces sorties pourront avoir lieu sur différents sites de la Commune (Stade, terrain de jeux, aire de jeux, gymnase, bibliothèque, centre multimédia, piscine, salles intercommunales) ainsi qu'en forêt et toutes autres nécessitant un transport en bus. oui non

Autorisation en cas d'urgence

Je soussigné(e),..... (Nom et prénom du parent ou du tuteur responsable) autorise le personnel d'encadrement à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant (soins par un médecin, hospitalisation vers l'établissement le plus proche).

Autorisation exploitation informations

J'autorise à utiliser les informations sur le site CAF Partenaires à partir de mon numéro d'allocataire et imprimer les documents pour les besoins du service. (Site pour obtenir votre quotient familial pour la facturation)

Oui Non

Fait à..... Le..... Signature

Je déclare avoir pris connaissance du Règlement Intérieur de l'Accueil Extra & Périscolaire et m'engage à le respecter et à signaler tout changement relatif à cette fiche de renseignements.

Date :.....

Signature du ou des responsable(s) légal (aux),