**Dossier d'inscription**

**Enfant**

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Age : Sexe : [ ]  Garçon [ ]  Fille

Ecole fréquentée : Classe :

L’enfant est inscrit sous le N° de sécurité sociale : [ ]  de sa mère [ ]  de son père

**Famille**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Père | Mère |
| Nom d'usage : |  |  |
| Nom de Naissance |  |  |
| Prénom : |  |  |
| Adresse Postale complète |  |  |
| Téléphone du domicile : |  |  |
| N° de portable personnel : |  |  |
| Courriel personnel : |  |  |
| Régime d'appartenance | [ ]  CAF [ ]  MSA [ ]  Autre | [ ]  CAF [ ]  MSA [ ]  Autre |
| N° d'allocataire : |  |  |
| Date de naissance : |  |  |
| Lieu : |  |  |
| Nationalité : |  |  |
| N° de sécurité sociale : |  |  |
| Profession : |  |  |
| Société : |  |  |
| Téléphone professionnel : |  |  |
| Autorité parentale : | [ ]  oui [ ]  non | [ ]  oui [ ]  non |

Situation familiale :

Nombre d'enfants :

**Contacts en cas d'absence des parents ou du responsable légal :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom/Prénom | Adresse | Téléphone | Lien avec l'enfant | Contacts en cas d'urgence | Autoriser à venir chercher l'enfant |
|  |  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |  | [ ]  | [ ]  |

Santé

L'enfant est bénéficiaire de l'AEEH[[1]](#footnote-1) : [ ]  oui [ ]  non

L'enfant fait-il la sieste en début d'après-midi ? [ ]  oui [ ]  non

Recommandations (doudous, change,…)……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

L'enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique (sans porc, sans viande, allergies,…) ? [ ]  oui [ ]  non

Si oui, lequel ? …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? [ ]  oui [ ]  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

*Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.*

**VACCINATIONS**

Merci de joindre **impérativement** la photocopie des pages vaccinations du carnet de santé de votre enfant.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

**ALLERGIES**

Alimentaires [ ]  oui [ ]  non

Médicamenteuses [ ]  oui [ ]  non

Autres (animaux, plantes, pollen) [ ]  oui [ ]  non

Si oui, préciser la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

**HOSPITALISATIONS, ANTECEDENTS MEDICAUX, MALADIES CONTRACTEES** *(asthme, varicelle, rubéole, coqueluche, eczéma, rougeole,…)*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

**MEDECIN TRAITANT**

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Spécialité :

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

*(Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil,…)*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

**Autorisations**

Mesures en cas d'urgence [ ]  oui [ ]  non

Hospitalisation [ ]  oui [ ]  non

Centre hospitalier :

Participation aux activités [ ]  oui [ ]  non

Photographies et films [ ]  oui [ ]  non

Déplacement dans le cadre des activités [ ]  oui [ ]  non

Partir seul de l'accueil de loisirs [ ]  oui [ ]  non

Si oui, heure de départ de la structure :

**Autorisation parentale**

A signer obligatoirement, votre enfant ne pourrait être accueilli en l'absence de cette autorisation.

Je soussigné(e) Madame, Monsieur ………………………………………………………… père, mère, tuteur (rayer mention inutile) :

[ ]  Déclare avoir lu et accepter sans réserve le règlement intérieur des ALSH.

[ ]  Déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement du centre et du règlement concernant le paiement du séjour,

[ ]  Certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche,

[ ]  M’engage à payer tous les frais de séjour, déduction faite des aides auxquelles j'ai droit, ainsi que les frais d'inscription/d'adhésion indiqués,

[ ]  Autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs autorisées par la réglementation,

[ ]  Autorise le directeur à prendre toutes les mesures qu'il jugerait utile au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents,

[ ]  Autorise l'association à utiliser des supports photos/vidéos où apparaît mon enfant dans le cadre de la promotion de ses activités.

Fait à …………………………………………………., le ……………………………………..

Signature, précédée de la mention "lu et approuvée"

1. Allocation d'Éducation Enfant Handicapé [↑](#footnote-ref-1)