**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)