



# DOSSIER D'INSCRIPTION 2019/2020

ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT / PERISCOLAIRE



## ENFANT

Nom : .....  
Prénom : .....  
Né(e) le : [ ] [ ] [ ] A : ..... Dépt : [ ]  
Sexe :  M  F  
Ecole : ..... Classe : ..... Avec Mme/Mr : .....

Photo  
obligatoire

## PARENTS

### PERE (ou tuteur) :

Nom : ..... Prénom : .....  
Situation familiale à ce jour :  Marié  Pacsé  Personne seul  Vit maritalement  Divorcé  
Adresse : .....  
Commune : ..... Code Postal : [ ] [ ] [ ]  
Profession : ..... Employeur : .....  
☎ Domicile : ..... Portable : ..... Bureau : .....  
Courriel:.....

### MERE (ou tutrice) :

Nom : ..... Prénom : .....  
Situation familiale à ce jour :  Mariée  Pacsée  Personne seule  Vit maritalement  Divorcée  
Adresse : .....  
Commune : ..... Code Postal : [ ] [ ] [ ]  
Profession : ..... Employeur : .....  
☎ Domicile : ..... Portable : ..... Bureau : .....  
Courriel:.....

### En cas de divorce ou séparation, garde juridique de l'enfant confiée :

Aux 2 parents  \*A la mère  \*Au père  Autres : .....

(\* fournir obligatoirement une attestation ou une copie du jugement)

## REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT EN L'ABSENCE DE TOUTE AUTORITE PARENTALE : TUTELLE

Nom.....Prénom : .....  
Adresse : .....  
Commune : ..... Code postal : [ ] [ ] [ ]  
Profession : ..... Employeur : .....  
☎ Domicile : ..... Portable : ..... Bureau : .....  
Courriel : .....

**NOMBRE D'ENFANTS A LA CHARGE DU FOYER : .....**

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....

**REGIME D'APPARTENANCE (SECURITE SOCIALE)**

**Père :** Régime général CPAM N° immatriculation : .....  
Mutualité Sociale Agricole N° immatriculation : .....  
Autres régimes – Précisez : .....

**Mère :** Régime général CPAM N° immatriculation : .....  
Mutualité Sociale Agricole N° immatriculation : .....  
Autres régimes – Précisez : .....

**ALLOCATION FAMILIALE C.A.F**

N° d'immatriculation C.A.F : .....

Percevez-vous une prestation familiale versée par la C.A.F. de Beauvais ?  OUI  NON

**ASSURANCES : RESPONSABILITÉ CIVILE ET INDIVIDUELLE CORPORELLE**

L'enfant est-il couvert par une assurance Responsabilité Civile et Individuelle Corporelle ?

oui  non

Nom de la compagnie d'assurance : .....

Numéro de police : .....

**AUTORISATION DES PARENTS OU DU RESPONSABLE LEGAL**

- Les **interventions médicales et chirurgicales** sur mon enfant en cas d'urgence  OUI  NON
- L'équipe d'animation à **maquiller** mon enfant dans le cadre des activités  OUI  NON
- La **prise de photos** de mon enfant, ainsi que la **publication et la diffusion** gratuites des photos (journaux locaux, plaquettes de communication communales)  OUI  NON
- La **publication** des photos sur le site Facebook de la structure géré par la direction  OUI  NON
- Mon enfant à **participer à toutes les activités** organisées (manuelles, culturelles, physiques et sportives ...)  
 OUI  NON
- Mon enfant à **prendre le bus** lors des sorties au sein de la commune ou à l'extérieur de la commune  OUI  NON

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Fournir une copie des vaccins.

**VACCINATIONS** : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DE LA DERNIERE VACCINATION	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie				Hépatite B (Engerix)	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole (Priorix)	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracocq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION A LA VACCINATION.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Médecin traitant : .....☎ : .....

L'enfant suit-il un traitement médical  oui  non

Si oui, précisez :  
.....  
.....

Joindre une ordonnance récente avec les médicaments dans leurs boîtes marquées au nom de l'enfant.

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant doit-il bénéficier d'une mise en place d'un **projet d'accueil individualisé (PAI)** ?  oui  non

Si oui, joindre le document PAI dûment rempli et signé.

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

Rubéole       Varicelle       Angines       Rhumatisme       Scarlatine  
 Oreillons       Otites       Asthme       Rougeole       Coqueluche

**Allergies:**    ASTHME       oui  non      MEDICAMENTEUSES       oui  non  
                  ALIMENTAIRES       oui  non      MAQUILLAGE       oui  non

AUTRES (précisez):.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :  
.....  
.....

**Indiquez les autres difficultés de santé** (maladies, accidents, opération, hospitalisation, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :  
.....  
.....

### **Recommandations utiles des parents :**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, prothèses auditives ou dentaires, etc... ? Précisez  
.....  
.....

### Renseignements complémentaires concernant l'enfant :

#### Régime alimentaire particulier

Classique       Avec porc       Sans porc       Végétarien

L'enfant sait-il nager ?       OUI       NON  
Brevet de natation (25m)       OUI       NON

#### Si l'enfant est une fille

Votre fille est-elle réglée       OUI       NON


## Accueil Périscolaire

### Ecole Aristide Briand – Ecole Jean Hochet :


Autorise mon enfant à utiliser le transport en commun de la ville pour le ramassage de l'Accueil Périscolaire :  OUI  NON

### Ecole Hubert Michel :

Autorise mon enfant à faire le trajet ALSH Périscolaire – école HUBERT MICHEL, aller-retour, à pieds, accompagné d'un ou plusieurs animateurs :  OUI  NON

 Autorise mon enfant à être transporté dans le véhicule communal de la police municipale lors du périscolaire (dans le cas d'indisponibilité du car municipal) :  OUI  NON

## Accueil de Loisirs Sans Hébergement (ALSH)

 Autorise mon enfant à utiliser le transport en commun de la ville pour le ramassage de l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement :  OUI  NON

### Lieu de ramassage du matin, lieu de dépôt pour le soir :

HLM Voyeux  Centre Yves Montand  Rue Aristide Briand  Route de Bailly  Place des Tilleuls

## Autorisation de sortie

Je soussigné(e) Mr/Mme ....., autorise mon/mes enfant(s) : .....

A rentrer seul(s) le soir à la sortie du périscolaire et/ou ALSH :

Du périscolaire :  OUI  NON à partir de .....h.....min

De l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement :  OUI  NON à partir de .....h.....min

Si oui, de manière :  Régulière : tous les jours et à chaque période

Occasionnelle : selon les jours et périodes suivants :

.....

Exceptionnelle : dès information téléphonique ou orale de votre part

### Autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant à la sortie de l'Accueil Périscolaire, de l'ALSH ou à la sortie du transport en commun de la ville :

1 -Nom : .....  : .....

2 -Nom : .....  : .....

3 -Nom : .....  : .....

4 -Nom : .....  : .....

5 -Nom : .....  : .....

*Je soussigné(e),*

*Mr-Mme ..... certifie:*

*L'exactitude des renseignements portés sur le dossier*

*Avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter*

Le .....

Signature :