



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	
Ou DT polio				BCG	
Ou 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 Péri-scolaire

Ecole Aristide Briand – Ecole Jean Hochet :

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

Ecole Hubert Michel :

Autorise mon enfant à faire le trajet ALSH Péri-scolaire – 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 péri-scolaire (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 péri-scolaire et/ou ALSH :

Du péri-scolaire : OUI NON à partir deh.....min

De l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement : OUI NON à partir deh.....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 Péri-scolaire, 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 :