

DOSSIER D'INSCRIPTION STE GEMMES SUR LOIRE ALAE 2019 - 2020

Cadre réservé à l'organisateur

Fiche famille remplie Attestation CAF (ou autorisation CDAP) ou MSA Fiche sanitaire remplie Photocopie des vaccins de l'enfant à jour

FICHE FAMILLE

Codes d'accès internet : Identifiant :

Inscription de votre ou vos enfants

Nom : Prénom : Date de naissance :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Situation familiale

L'enfant vit avec : Père Mère Beau Père Belle Mère Tuteur (trice) Autre :

PARENT N°1 Responsable légal

Civilité :

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....

Code Postal :

Ville :

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Adresse mail :

En majuscules

Payeur :

Semaines Paires Semaine impaires

PARENT N°2 Responsable légal

Civilité :

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....

Code Postal :

Ville :

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Adresse mail :

En majuscules

Payeur :

Semaines Paires Semaine impaires

N° CAF :

Autorisation CDAP

(Consultation du dossier allocataire par le partenaire) :

OUI j'autorise la FOL 49 à consulter mon QF sur le site de la CAF

NON joindre obligatoirement une attestation de quotient familial en septembre et janvier.

N° MSA :

Joindre obligatoirement une attestation de quotient familial.

AUTRE SITUATION / AUTRE PAYEUR**[] Responsable légal**

Civilité :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Adresse mail :

Payeur :

 Semaines Paires Semaine impairesAllocataire : CAF MSA Autre :

N° d'Allocataire :

Joindre un justificatif d'allocation familial

AutorisationsJ'autorise l'ALAE à me communiquer des actualités par mail et téléphone Oui NonJ'autorise mon enfant à participer aux activités et sorties extérieures organisées par l'accueil de loisirs et à utiliser dans ce cadre les transports en commun ou une voiture particulière Oui NonJ'autorise les animateurs à photographier et/ou filmer mon enfant et à diffuser le contenu sur les supports de communication papier et numérique de la commune et de l'ALAE (site internet, newsletter, facebook, journaux locaux, etc...) Oui Non

Nom et statut des personnes autorisées à venir le chercher :

Nom - Prénom	Lien de parenté	Contact

ATTENTION : Les personnes indiquées dans les dossiers d'inscription des années précédentes ne seront pas prises en comptes et seront supprimées automatiquement.

Facturation

Les factures seront accessibles sur le portail famille, une notification vous sera envoyé par mail.

 Je souhaite régler par Prélèvement (joindre un RIB. Un mandat de prélèvement pré-rempli à signer vous sera ensuite fourni)

Je soussigné(e),

responsable légal de l'enfant déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ALAE et m'engage à le respecter et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche famille.

Date et signature(s) :

FICHE SANITAIRE ENFANT

Inscription de votre enfant

Nom : Prénom : Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance : Classe :

Etablissement scolaire :



Vaccination

Joindre obligatoirement la copie du carnet de santé à jour avec NOM et Prénom de l'enfant sur toutes les pages.

Renseignements médicaux

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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)

L'enfant a-t-il les allergies suivantes (Si oui, cocher la ou les cases) :

Alimentaires Asthme Médicamenteuses Autre

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....
.....

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

Rubéole

Coqueluche

Hépatite

Varicelle

Otite

Diphtérie

Angine

Rougeole

Méningite

Rhumatisme articulaire aigu

Oreillons

Typhoïde/paratyphoïde

Scarlatine

L'enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ? Oui Non

Lequel ?

L'enfant a-t-il un Projet d'Accueil Individualisé ? Oui Non (si oui, joindre obligatoirement une copie)

Précisez :

Recommandations utiles des parents

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, lunettes, prothèses auditives ou dentaires, etc.). Indiquez les préconisations à suivre :

.....
.....
.....
.....

Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi psychologique ? Oui Non

Précisez :

.....
.....
.....
.....
.....

Médecin traitant

Nom :

Ville :

Téléphone :

Autorisations

J'autorise mon enfant à se baigner lors des sorties proposées par l'ALAE Oui Non

J'autorise mon enfant à rentrer par ses propres moyens après les services de l'ALAE Oui Non

Je soussigné(e),
responsable(s) légal (aux) de l'enfant certifie (ons) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette
fiche sanitaire et autorise le responsable de l'ALAE à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical,
hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Dates et signature(s) :