

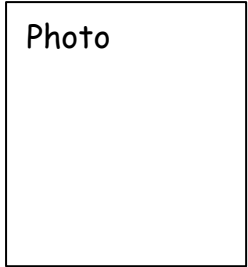


ALSH VINGRAU
GROUPE SCOLAIRE VINGRAU
3 PLACE DE LA REPUBLIQUE
Code postal 66600
Tel : 06 31 22 00 51

**DOSSIER D'INSCRIPTION
2019**

L'ENFANT

NOM :
Prénom :
Sexe :
Date de naissance : .../.../...
Lieu de naissance :
Etablissement scolaire fréquenté :
Classe :





PARENT - responsable légal de l'enfant :

MERE

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....

Coordonnées : Fixe.....

Bureau.....

Portable.....

Mail.....

PERE

Lien de parenté :

NOM

Prénom :

Adresse :

.....

Coordonnées : Fixe :

Bureau :

Portable :

Mail :

Rappel: tout changement de numéro de téléphone des responsables légaux doit impérativement être transmis au Directeur de l'accueil Collectif de Mineurs.





RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

Numéro de Sécurité Sociale (de rattachement de l'enfant) :
.....

Régime général Régime maritime MSA/EDF/GDF/SNCF/RATP

Adresse du centre payeur :.....

N de CAF :

QF : Date d'effet :

Assurance responsabilité civile :

Profession de la mère : Employeur :

Profession du père : Employeur :

Nombre d'enfants dans la famille :

Accès CAF CDAP

J'autorise

Je n'autorise pas

La direction de la structure à consulter mon dossier allocataire CAF CDAP afin d'accéder directement aux ressources (quotient, revenus, nombre d'enfants à charges...). Le service CAF CDAP respecte les règles de confidentialités. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à la direction de la structure.





AUTORISATIONS :

Je soussigné(e) Madame et/ou Monsieur.....

Responsable de l'enfant.....

L'autorise à partir seul le soir :

Oui Non

Pour les élèves d'école élémentaire uniquement

Personnes habilitées à venir chercher votre enfant en votre absence en présentant une **pièce d'identité** :

Nom : ☎ :/...../...../...../.....

Nom : ☎ :/...../...../...../.....

Nom : ☎ :/...../...../...../.....

Nom : ☎ :/...../...../...../.....

Si interdiction de récupération de l'enfant :

Nom et prénom de la personne interdite de récupérer l'enfant
.....

Il faut impérativement fournir un justificatif en cas d'interdiction de récupération.





3) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR ACCUEILLI

a) Le mineur présente-t-il des troubles de sante ?

Allergies alimentaires : NON OUI

Préciser a quoi :

Allergies médicamenteuses : NON OUI

Préciser a quoi :

Autres allergies : NON OUI

Préciser a quoi :

Asthme : NON OUI

Diabète : NON OUI

Epilepsie : NON OUI

Autres : NON OUI

Préciser :

b) Le mineur suit-il un traitement médical régulier ? NON OUI

Si oui, **prendre le contact avec le directeur pour la mise en place d'un éventuel PAI** (projet d'accueil individualisé). Les modalités de mise en place de ce protocole seront à discuter avec la direction.

c) Le trouble de la sante implique –t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence pendant le déroulement de l'accueil de loisirs ou le séjour avec hébergement ?

NON

OUI

Si oui, **prendre contact avec le Directeur pour la mise en place d'un éventuel PAI**

d) **Autres difficultés de sante et précautions à prendre** (suivi spécialisé, handicap moteur, troubles du comportement, antécédents d'accidents, d'opération ...) :

Si oui, **prendre contact avec le Directeur pour la mise en place d'un éventuel PAI**

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





4) RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALEES PAR LES PARENTS (l'enfant ou le jeune porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, problème d'enuresie ...) :

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

5) RESPONSABLE(S) DU MINEUR

NOM :PRENOM :

Adresse :

.....

Tel fixe et/ou portable Domicile :

Tel fixe et/ou portable travail :

NOM :PRENOM :

Adresse :

.....

Tel fixe et/ou portable Domicile :

Tel fixe et/ou portable travail :

NOM et Téléphone du médecin traitant :

Je soussigne,, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

Date :

Signature(s) :

Il est rappelé que cette fiche sanitaire de liaison peut être remise sous enveloppe cachetée par les familles au Directeur de l'accueil de mineurs. Les informations communiquées restent confidentielles et seront restituées aux familles. Les fiches sanitaires de liaison doivent être renouvelées tous les ans. Toute modification en cours d'année concernant les renseignements ci-dessus devra être signalée au Directeur.



AUTORISATION DE PHOTOGRAPHER, FILMER ET DE PUBLIER



Autorisons :

N'autorisons pas :

L'ALSH de Vingrau dont le siège est situé à, **GROUPE SCOLAIRE VINGRAU**
3 PLACE DE LA REPUBLIQUE 66600 Vingrau et toute personne physique ou morale
qu'elle mandaterait, à :

1.1. **Photographier et filmer** mon(es) enfant(s) :

- Nom et prénom de l'enfant :
- Nom et prénom de l'enfant :
- Nom et prénom de l'enfant :

1.2. **Reproduire** son/leur image,

1.3. **Diffuser** et **publier** cette image afin d'illustrer toutes les publications de l'ALSH
de Vingrau destinées à un public interne ou externe et que celles-ci soient
faites à titre gratuit ou onéreux, mais également pour illustrer le site Internet de
la commune de Vingrau.

1.4. Cette autorisation est consentie à titre gracieux pour **trois années à compter
de la signature des présentes.**

2. **Renonçons à tout recours** contre l'ALSH ou toute personne physique ou morale
qu'elle se serait substituée au titre de la prise d'image de mon(es) enfant(s), de
sa diffusion et publication.

Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant :
.....

Déclare exacts les renseignements portés sur ces fiches.

Signature des parents ou
du représentant légal

Signature de l'enfant s'il a + de 13 ans



