



DOSSIER D'INSCRIPTION A.L.S.H. de CHAPTELAT



« La FABRI'K »

ANNÉE SCOLAIRE 2022-2023

ENFANT : NOM : **Prénom :**

GARÇON / FILLE

Date de Naissance :/...../..... **Lieu de naissance :**

RESPONSABLES LÉGAUX : en cas de divorce ou séparation, merci de bien vouloir fournir le jugement de divorce

Responsable légal 1 : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur	Responsable légal 2 : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Né le : à	Née le : à
Adresse :	Adresse :
.....
Tél. domicile :	Tél. domicile :
Tél. portable :	Tél. portable :
Tél. professionnel :	Tél. professionnel :
Courriel :	Courriel :
Autorité Parentale : <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Autorité Parentale : <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Prévenir en cas d'urgence : <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Prévenir en cas d'urgence : <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Payeur : <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Payeur : <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON

Cochez la case correspondante à la situation actuelle

- Garde conjointe et simultanée des 2 parents. Garde chez un seul parent (à préciser).....
- Garde alternée - Semaine paire, chez :Semaine impaire, chez :

ASSURANCES

Régime d'assurance maladie : CPAM MSA Autres

CAF : Numéro d'allocataire :

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT (Autres que les parents)

NOM	Prénom	Lien de parenté	Téléphone	REC (*)	URG (*)

(*) REC : pouvant récupérer l'enfant - (*) URG : à prévenir en cas d'urgence si absence des parents

INFORMATIONS MÉDICALES

Ø **VACCINATIONS** : La copie du carnet de vaccination est obligatoire !

(Pensez à noter le nom de votre enfant sur les feuilles du carnet de santé !)

3 VACCINS OBLIGATOIRES (DTP)	DATES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
DIPHTÉRIE		COQUELUCHE (souvent avec DTP)	
TÉTANOS		HÉPATITE B (souvent avec DTP)	
POLIOMYÉLITE		PNEUMOCOQUE	
ROUGEOLE-OREILLONS-RUBÉOLE		Autre	

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Médecin traitant : Téléphone :

L'enfant porte-t-il des prothèses auditives, des lentilles, des prothèses dentaires : Oui Non

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

Coqueluche / Oreillons / Rougeole / Rubéole / Scarlatine / Varicelle / Angine / Otite / Rhumatisme / Autre

L'enfant a-t-il : - de l'asthme : Oui Non / - des allergies : Non Oui Précisez :

- un PAI : Non / Oui alimentaire /autre

Autres difficultés de santé à signaler :

AUTORISATIONS

- Je souhaite que mon enfant bénéficie du plat de substitution : Sans porc végétarien Autre

- En cas d'urgence, faire hospitaliser mon enfant au centre hospitalier le plus proche et faire pratiquer les soins, examens et interventions nécessaires : Oui Non

- Transporter mon enfant par les véhicules de la commune ou les transports en commun, sous la surveillance d'un animateur, afin de pratiquer toutes activités organisées : Oui Non

- Droit à l'Image : Laisser utiliser des photos ou vidéos prises dans le cadre des activités organisées pour une stricte utilisation sur les supports de communication de la ville : Oui Non

Toute participation à l'ALSH induit l'acceptation du règlement intérieur disponible à l'accueil de la structure, ou à la Mairie

Nous, Monsieur/Madame et Monsieur/Madame

Responsables légaux de l'enfant

déclarons l'exactitude des informations portées sur ce dossier et avoir pris connaissance du règlement intérieur : oui / non

Fait le à

Signature du Père, mère, tuteur

Signature du Père, mère, tuteur