

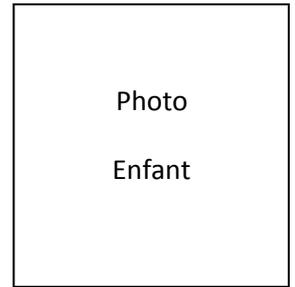
Cadre réservé à l'administration :

Fiche de renseignements incomplète	<input type="checkbox"/>	Attestation d'assurance	<input type="checkbox"/>	Autre :	Date de saisie :
N°allocataire	<input type="checkbox"/>	Justificatif de domicile	<input type="checkbox"/>		Agent :
		Fiche sanitaire incomplète	<input type="checkbox"/>		Complet le :



Fiche individuelle de renseignements
1ère inscription
Accueil de Loisirs Périscolaire et ALSH

Année scolaire 2024-2025
(valable du 1^{er} septembre 2024 au 31 août 2025)



Enfant :

Nom : Prénom : Masculin Féminin
Date de naissance :/...../..... Ecole : Maternelle Primaire Ado
Nom de l'enseignant :

Données communes à la famille :

Nom allocataire N° allocataire CAF ou MSA :
 Régime général (CAF) MSA Autre

Nombre d'enfants à charge : Avez-vous droit aux aides loisirs de la CAF : oui non

Adresse mail utilisée sur le portail famille :

Mère :

Nom : Prénom :
Adresse :
.....
Domicile :/...../...../..... Portable :/...../...../..... Travail :/...../...../.....

Père :

Nom : Prénom :
Adresse :
.....
Domicile :/...../...../..... Portable :/...../...../..... Travail :/...../...../.....

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence et habilités à venir chercher l'enfant :

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Numéro de portable :/...../...../.....	Numéro de portable :/...../...../.....
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :

Autorisations parentales et informations complémentaires (à remplir par les parents) :

- Accord d'hospitalisation Autorisation photo Port de lunettes Port appareil auditif
 Autorisation à partir seul Autorisation de sport Port d'appareil dentaire Handicapé Autre :

Données sanitaires :

Nom du médecin traitant : Tel. :/...../...../...../.....

Allergies alimentaires :

Pratique alimentaire : Normal Sans porc Sans viande Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) :
(Attention les parents fournissent le repas de substitution)

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

- ANGINE OREILLONS RHUMATHISME ARTICULAIRE AIGÛ RUBEOLE VARICELLE
 COQUELUCHE OTITE ROUGEOLE SCARLATINE

Asthme : oui non Allergies médicamenteuses : oui non Autres :

Contre indications :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir, si automédication le signaler

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

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

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

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur le dossier d'inscription et autorise le responsable de l'ALP/ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Signature

Fait à Saint André de Sangonis, le

Les données fournies sont soumises au Règlement Général sur la Protection des Données et ne seront pas transmises à des tiers.

RAPPEL des pièces à fournir (uniquement des photocopies pas d'originaux) :

- Carnet de santé aux pages vaccinations ou certificat médical de vaccination à jour
 Attestation d'assurance périscolaire et extrascolaire 2024/2025
 Justificatif de domicile de moins de trois mois
 Pour les personnes affiliées à la MSA, une attestation de Quotient Familial de janvier 2024