



Groupe scolaire, Rue des Carignans
34160 Sussargues,
Tel : 04 67 86 59 38
Portable : 06 08 69 79 56
Courriel : jeunesse@sussargues.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION ENFANT 2017

Enfant :

Nom :

Prénom :

Né(e) le : Garçon Fille

A :

Photo
Obligatoire

Responsables légaux de l'enfant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél : Portable : E-mail :

N°allocataire CAF ou MSA :

ET

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél : Portable : E-mail :

N°allocataire CAF ou MSA :

Renseignements professionnels :

<i>Père</i>	<i>Employeur :</i>	<i>Mère</i>	<i>Employeur :</i>
Activité :	Salarié <input type="checkbox"/> Commerçant <input type="checkbox"/> Libéral <input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/> Gérant <input type="checkbox"/> Autre :	Activités :	Salarié <input type="checkbox"/> Commerçant <input type="checkbox"/> Libéral <input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/> Gérant <input type="checkbox"/> Autre :
Profession :		Profession :	
Adresse :		Adresse :	
Tél :		Tél :	

Personne à contacter en cas d'absence :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél : Portable :

Personnes autorisées à venir récupérer l'enfant :

Une pièce d'identité sera demandée à toute personne autre que les parents venant chercher l'enfant.

<i>Nom</i>	<i>Prénom</i>	<i>Tél</i>

Vaccinations :

<i>DT POLIO</i>		<i>BCG</i>		<i>Test tuberculitique</i>	
<i>DATE</i>	<i>VACCINS</i>	<i>DATE</i>	<i>VACCINS</i>	<i>DATE</i>	<i>VACCINS</i>

Maladies : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies ci-dessous ?

	Angine	Coqueluche	Oreillons	Rhumatisme	Rougeole	Rubéole	Scarlatine	Varicelle
OUI								
NON								

Autres :

.....

Allergies :

Allergies	OUI	NON	Conduites à tenir, commentaires
<i>Asthme</i>			
<i>Alimentaires</i>			
<i>Médicamenteuses</i>			
<i>Autres</i>			

Autres observations médicales :

Observations et recommandations médicales (Lunettes, prothèses, traitement médical....)	Conduites à tenir, commentaires

Si l'enfant suit un traitement médical, 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).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Médecin traitant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél : Portable :

Autorisations parentales :

Je (nous) soussigné(s)

responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et :

→AUTORISE(ONS) mon enfant à rentrer seul à son domicile à l'issue de la journée d'accueil de loisirs (ALSH) :

Oui Non

→ AUTORISE(ONS) mon enfant à prendre un moyen de transport en commun à des fins de sorties pédagogiques :

Oui Non

→AUTORISE(ONS) que mon enfant soit filmé et/ou photographié dans le cadre de l'ALSH :

Oui Non

→AUTORISE(ONS) le personnel de l'accueil de loisirs à prendre toutes les mesures médicales nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant :

Oui Non

→CERTIFIE(ONS) avoir pris connaissance du règlement intérieur et du projet pédagogique de l'ALSH.

Oui Non

Pièces à fournir :

Le dossier d'inscription complété

Deux photo d'identité

Un certificat médical (non contre-indication à la pratiques sportives, d'aptitude à la vie en collectivité et des vaccins à jour)

Une photocopie de l'assurance extra scolaire et de responsabilité civile

Une photocopie du carnet de santé (pages relatives aux vaccins)

L'avis d'imposition de l'année 2016 (sur les revenus de 2015) du(es) responsable(s) légal (aux)

Pour les allocataires de la CAF les bons d'aide aux loisirs

Les allocations APE et API et pensions alimentaires

Fait à Le

Signatures des parents précédées
de la mention « Lu et approuvé »