



DOSSIER INSCRIPTION ALSH de la Communauté de Communes des Cévennes Gangeoises et Suménoises

3/ 5 ans

6/11 ans

Cadre réservé à l'ALSH

Année :

QF : € Tranche :

Aide CAF :

Tarif alsh : Mercredis : €

Vacances : €

Avis imposition / Caf Pro

Attestation assurance

CAF Aides aux Loisirs

Repas : PAI Végétarien

Autres :

Allergies :

.....

.....

Autorisation :

Photos Caf Pro Médical

ENFANT

NOM : PRENOM :

Né(e) le :/...../..... à Département:

Fille

Garçon

Ecole & Commune : Classe :

PARENTS - RESPONSABLE LEGAL

Les 2 parents

Mère

Père

Tuteur

Nom – Prénom

Adresse

.....

CP

Commune

Situation familiale :

Nombre d'enfants à charges :

Profession :

Nom médecin traitant : Tél :

Personnes à contacter (autres que les parents) en cas d'urgence :

Nom : Tél : Qualité* :

Nom : Tél : Qualité* :

Nom : Tél : Qualité* :

*Grands-parents ; amis ; ...

TELEPHONE

Domiciles

.....

Mobile

Mère :

Père :

Tuteur :

Courriel :

Travail

Mère :

Père :

Tuteur :

REGIME

Régime général MSA

Autre (préciser) : Caisse
Maritime – SNCF ...

N° Allocataire CAF :

.....

AUTORISATION DE SORTIE

Nom : Tél : Qualité* :

Nom : Tél : Qualité* :

Nom : Tél : Qualité* :

Est/sont autorisé (s) à prendre en charge mon enfant

Ou j'autorise mon enfant à quitter seul l'ALSH sans que la
responsabilité de la CCCGS puisse être engagée.

*Grands-parents ; amis ; ...

ASSURANCE

Nom :

N° contrat :

VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					

Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

ALLERGIES

Alimentaires
 Asthmes
 Médicamenteuses
 Autres (préciser) :

Joindre un certificat médical précisant les causes d'allergies, les signes évocateurs et la conduite à tenir

**Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)
En précisant les dates et les précautions à prendre.**

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires, ...

.....

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e) :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| ➤ Autorise l'ALSH à filmer, photographier, publier, exposer et diffuser la photographie de mon enfant | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ➤ Autorise le personnel de l'ALSH à prendre toutes mesures (traitement, médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de mon enfant. | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ➤ M'engage à rembourser les frais médicaux en cas d'intervention du médecin. | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ➤ Autorise la directrice à consulter mon quotient familial sur CAF PRO. | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ➤ Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter. | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Date : / /

Signature : (suivi de la mention « Lu et approuvé »)