



DOSSIER D'INSCRIPTION A L'ALSH
Communauté de Communes
des Cévennes Gangeoises et Suménoises

3/ 5 ans

6/11 ans

CADRE RESERVE A L'ALSH
ANNEE : 2020 / 2021

QF : € Tranche : 1 - 2 - 3 - 5
CAF € / Séjour €

TARIFS

ALSH : € Séjour : €

- Avis imposition / Caf Pro
- Attestation assurance
- CAF Aides aux Loisirs
- Vaccinations

REPAS

PAI Sans porc
 Autres :

Allergies :
.....
.....

AUTORISATION

Photos Caf Pro Médical

TELEPHONE

Domicile

.....

Mobile

Mère :

Père :

Tuteur :

Mail :

Travail

Mère :

Père :

Tuteur :

N° Allocataire CAF :

N° Alloc MSA :

ASSURANCE

Nom :

N° contrat :

ENFANT

NOM : PRENOM :

Né(e) le : / / à Département:

Fille

Garçon

Ecole & Commune : Classe :

PARENTS - RESPONSABLE LEGAL

Les 2 parents

Mère

Père

Tuteur

Mère

Père

Nom – Prénom
.....

Adresse
.....

CP
.....

Commune
.....

Profession :
.....

Situation familiale :

Nombre d'enfants à charges :

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

Nom : Tél :

Nom : Tél :

Nom : Tél :

AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE

Nom : Tél :

Nom : Tél :

Nom : Tél :

en cas d'absence des parents

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

VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				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) :

OUI NON

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

Date : / /

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