

# ALSH ADMR "La maison des pitchons"

Route de Gimbrède - 47220 Caudecoste

06.84.74.17.33

alsh.caudecoste@gmail.com

## Dossier d'inscription année 2018-2019

### Renseignement Enfant :

NOM:..... Prénom .....

Date de naissance :..... Lieu de naissance : ..... Sexe : .....

Mode de garde/Autorité parentale:

Parents

Mère

Père

Autre (Préciser): .....

Régime social : Caf  MSA  Autres  (Préciser ) .....

N°d'allocataire : (Obligatoire) .....

Quotient Familiale :: .....

Compagnie d'assurance (**Joindre une copie d'attestation**) : .....

**Classe** : .....

**Nom et prénom du responsable l'égal de l'enfant** : .....

### Renseignements de la mère :

Nom :.....

Prénom.....

Adresse : .....

Téléphone fixe : ..... Portable.....

Profession : .....

Téléphone du travail : .....

### Renseignements du père :

Nom :.....

Prénom:.....

Adresse.....

Téléphone fixe : ..... Portable.....

Profession : .....

Téléphone du travail : .....

### Autre responsable légal :

Qualité :..... Autorité parentale : oui / non

Nom :.....

Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

Adresse.....

Téléphone fixe : ..... Portable : .....

## AUTORISATIONS ET AUTRES RENSEIGNEMENTS pour le Centre de Loisirs :

### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant : (Prévenir le jour même la direction)

Nom : .....	Prénom : .....	<input type="checkbox"/> Autorisé à Prendre l'enfant
Qualité : .....		<input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant et à être appelé en cas d'urgence
Téléphone fixe : ..... Portable : .....		
-----		
Nom : .....	Prénom : .....	<input type="checkbox"/> Autorisé à Prendre l'enfant
Qualité : .....		<input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant et à être appelé en cas d'urgence
Téléphone fixe : ..... Portable : .....		
-----		
Nom : .....	Prénom : .....	<input type="checkbox"/> Autorisé à Prendre l'enfant
Qualité : .....		<input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant et à être appelé en cas d'urgence
Téléphone fixe : ..... Portable : .....		
-----		
Nom : .....	Prénom : .....	<input type="checkbox"/> Autorisé à Prendre l'enfant
Qualité : .....		<input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant et à être appelé en cas d'urgence
Téléphone fixe : ..... Portable : .....		

### Personne interdites pour la prise en charge de l'enfant :

**Photocopie carte de la carte d'identité obligatoire et joindre la photocopie de la décision judiciaire**

Nom : ..... Prénom : .....  
Lien avec l'enfant : .....

### Autorisations:

Autorisez l'hospitalisation en cas d'urgence: **oui non**  
Autorisez-vous votre enfant à participer à toutes les activités proposées: **oui non**  
Autorisez-vous à la baignade et aux jeux d'eau: **oui non**  
Autorisez-vous votre enfant de plus de 6 ans à regagner librement votre domicile: **oui non**  
Autorisez-vous votre enfant à utiliser les modes de transport: **oui non**  
Acceptez-vous que votre facture vous soit adressée par email: **oui non**  
Acceptez-vous que nos services consultent CAFPRO afin de déterminer votre QF: **oui non**  
Acceptez-vous que nous donnons de l'homéopathie à votre/vos enfant(s): **oui non**

### DIFFUSION

Je donne mon accord à la diffusion :

- de l'enregistrement audiovisuel de mon enfant: oui  non
- des photographies de mon enfant prises lors d'activités: oui  non
- les enregistrements sonores de sa voix: oui  non
- les créations réalisées par mon enfant: oui  non
- diffusion d'image / presse (journal de centre, petit caudecostois): oui  non

## Autorisation de sortie pour l'année 2018/2019

Je soussigné(e), M ou Mme....., responsable légal de l'enfant....., autorise celui-ci à participer aux sorties prévues et dont j'aurais été préalablement informé.  
Autorisation valable pour l'année 2017- 2018.

### Renseignements médicaux:

Médecin traitant (nom, adresse) .....

Téléphone .....

En cas d'urgence, l'enfant est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté, la famille étant immédiatement avertie.

J'autorise les responsables des structures (école, centre de loisirs) à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence

### ALLERGIES OU PARTICULARITES

Asthme : oui / non , alimentaire : oui / non, médicamenteuse : oui /non

Pour les enfants ayant une allergie ou une particularité, un projet d'accompagnement individualisé (PAI) doit être mis en place.

Précisez les causes de l'allergie et la conduite à tenir selon les particularités:

### Vaccins:

VACCINS	OUI	NON	DATES	VACCINS RECOMMANDES	DATES	<b>Pour être efficace une vaccination nécessite un rappel tous les cinq ans Photocopie du carnet de vaccination Obligatoire</b>
Diphthérie				Hépatite B		
Tétanos				ROR		
Poliomyélite				Coqueluche		
Ou DT Polio				Autres		
Ou tetracoq				BCG / monotest		

**Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur ce document.**

Date :

Signature du (des) responsable (s) légal (aux) :