

INSCRIPTION DE(S) L'ENFANT(S) ALSH

..... maternel primaire maternel primaire

..... maternel primaire maternel primaire

Parent/ Adulte Responsable ❶

M Mme
 Autre (organisme, tuteur...)

Parent/ Adulte Responsable ❷

M Mme
 Autre (organisme, tuteur...)

Nom

Nom de jeune fille

Prénom

Adresse

Ville

CP



.....



.....

Email

Profession

Employeur

 Professionnel

N° Sécurité Sociale

SITUATION FAMILIALE

Concubin

Célibataire(e)

Marié(e)/Pacsé(e)

Vie maritale

Divorcé(e)

Séparé(e)

Veuf(ve)

En instance de divorce

Droit de garde : (préciser)

Garde alternée

ALLOCATIONS FAMILIALES

Nom de l'allocataire :

Régime CAF MSA AUTRE

N° Caf ou MSA :

QF : DATE D'EFFET

NOM ET ADRESSE DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE :

.....

.....

NUMERO DE CONTRAT :

BENEFICIAIRE DE LA CMU

Je soussigné(e),

certifie de l'exactitude des informations ci-dessus et avoir pris connaissance du règlement intérieur du site.

Fait à Perpignan, le / /

SIGNATURE OBLIGATOIRE

2 - FICHE INDIVIDUELLE DE L'ENFANT ALSH



Merci de compléter une fiche par enfant et de la remettre au responsable du centre

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : / / SEXE : M F

ADRESSE :
.....

Nom du Parent/ Adultte Responsable ① de l'enfant : ①

Nom du Parent/ Adultte Responsable ② de l'enfant : ①

1 - VACCINATION

VACCINATION A JOUR oui non

Une copie des vaccins est à remettre obligatoirement

2 - RECOMMANDATIONS UTILES

L'enfant bénéficie-t-il d'un **Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)** : oui non

Si oui, pour quel motif ?

Allergie et traitement médical oui non

Situation de handicap oui non
oui non

Votre enfant porte t il des :

Des lunettes oui non

Des lentilles oui non

Appareil dentaire oui non

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

* ALLERGIES :

ASTHME oui non

Préciser si traitement :

ALIMENTAIRES oui non

Préciser :

MEDICAMENTEUSES oui non

Préciser :

AUTRES, PRECISER :

REPAS classique VEGETARIEN

* NOM DU MEDECIN TRAITANT :

① / / / /

Votre enfant a-t-il des contre-indications à la pratique d'activités sportives ? oui non

Joindre une attestation du médecin

4 - L'enfant est-il bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) ? oui non

5 - PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT EN CHARGE
(en dehors des parents déjà mentionnés et exclusivement sur présentation d'une pièce d'identité)

CONTACT 1

CONTACT 2

Nom Prénom Nom Prénom

Né(e) le : .../...../..... Lien Né(e) le : .../...../..... Lien

A contacter en cas d'urgence A contacter en cas d'urgence

Autorisé à venir chercher l'enfant Autorisé à venir chercher l'enfant

☎ / / / / ☎ / / / / 📞 / / / / 📞 / / / /

6 – AUTORISATION DE SORTIE SEUL(E) (pour les primaires)

J'autorise Je n'autorise pas mon enfant..... du centre à (heure entre 17h et 18h15).

7 – AUTORISATION DROIT A L'IMAGE :

J'autorise

Je n'autorise pas

Léo Lagrange Méditerranée dont le siège est sis à 67 la Canebière 13001 Marseille, et toute personne physique ou morale qu'elle mandaterait, à : photographier, filmer, reproduire, diffuser et publier cette image afin d'illustrer toutes les publications de la Fédération Léo Lagrange destinées à un public interne ou externe et que celles-ci soient faites à titre gratuit ou onéreux, mais également pour illustrer le site Internet des Accueils Collectifs de Mineurs de Léo Lagrange Méditerranée, antenne de Perpignan.

8 – Accès CAF CDAP

J'autorise

Je n'autorise pas

La direction de la structure à consulter mon dossier allocataire CAF CDAP afin d'accéder directement aux ressources (quotient, revenus, nombre d'enfants à charges...). Le service CAF CDAP respecte les règles de confidentialités. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à la direction de la structure.

9- ATTESTATION DU OU DES PARENTS DE L'ENFANT

Je déclare exact l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendus nécessaire par l'état de santé de l'enfant. Je m'engage à signaler tout changement concernant les renseignements annotés sur cette fiche.

Date : / /

Signature obligatoire :

Nom et Prénom :

Informations et documents à présenter :

- une fiche de renseignements de la famille dûment remplie,
- une fiche individuelle par enfant inscrit dûment remplie,
- le livret de famille,
- justificatif d'identité de l'adulte confiant l'enfant,
- déclaration de ressources (n-2) pour les non-allocataires de la Caf des Pyrénées-Orientales,
- le carnet de vaccination de l'enfant (photocopie) ou d'un certificat de vaccination, l'enfant doit être à jour de ses vaccins,
- le n° d'allocataire CAF ou du bon original de la MSA,
- un justificatif de domicile (facture d'électricité, de gaz, de téléphone, d'internet, quittance de loyer, titre de propriété),
- le n° de sécurité sociale du parent responsable,
- une attestation d'assurance extrascolaire et/ou de l'attestation de responsabilité civile,
- remplir une fiche sanitaire de liaison.
- le N° de tel permettant un contact pendant le temps de présence de l'enfant.

Les parents/responsable de l'enfant sont tenus d'informer la directrice ou directeur de la structure Léo Lagrange de tout changement, notamment contact téléphonique.

Rappel : Pour les enfants nés avant 2018, les 3 vaccinations obligatoires sont :

- Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP).

Pour les enfants nés avant 2018, les 11 vaccinations obligatoires sont :

- Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)
 - Coqueluche
- Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b
 - Hépatite B
- Infections invasives à pneumocoque
 - Méningocoque de sérogroupe C
 - Rougeole, oreillons et rubéole.