

NOM de l'enfant	Prénom	Date de naissance :/...../..... Age :
Adresse		
N° immatriculation sécurité sociale (sous lequel l'enfant est déclaré) :		

N° ALLOC .CAF :	N° MSA :	AUTRES :
------------------------	-----------------	-----------------

RESPONSABLE 1 - <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre			RESPONSABLE 2 - <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre		
NOM ET PRENOM :			NOM ET PRENOM :		
Adresse :			Adresse :		
Email :			Email :		
<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Portable	<input type="checkbox"/> Travail	<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Portable	<input type="checkbox"/> Travail
Autorité parentale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			Autorité parentale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
RESPONSABLE A FACTURER :			<input type="checkbox"/> Responsable 1 <input type="checkbox"/> Responsable 2		

DATES D'INSCRIPTION A L'ASLH (4 jours minimum par semaine d'ouverture) – cocher les jours de présence

du 8 au 12 juillet					du 15 au 19 juillet					du 22 au 26 juillet					du 29 juillet au 2 août				
Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven

L'ENFANT est autorisé à repartir, accompagné par :

NOM	PRENOM	STATUT	N° TELEPHONE

ASSURANCE : JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE ATTESTATION responsabilité civile et individuelle accident

- **Je suis informé(e)** que la Mairie ne prendra pas en charge les frais médicaux ou pharmaceutiques encourus, pendant la période de présence de l'enfant lors des temps d'accueil.
- **J'ai connaissance** que les animateurs seront amenés à prendre des photos des enfants pendant les animations. Si toutefois je ne souhaite pas que mon enfant apparaisse sur les supports de communication, j'en informerai par courrier la mairie.
- **Je reconnais** avoir pris connaissance du règlement intérieur du service pour lequel l'enfant est inscrit., à consulter sur le site internet de la mairie www.mairie-cerelles.fr – rubrique « petits et grands » - onglet « accueil de loisirs ».
- **Je m'engage** à signaler tout changement qui interviendrait au cours du séjour (situation familiale, adresse...).
- **Je déclare** exacts les renseignements portés sur ce document et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à, le.....

Signature du /des parents ou du tuteur légal

REUNION D'INFORMATION : vendredi 17 mai à 18h30 en Mairie de Cerelles

FICHE SANITAIRE

Nom de l'enfant :

Prénom :

VACCINATIONS (à compléter **ou JOINDRE** une copie du carnet de santé ou certificats de vaccinations de l'enfant)

vaccins obligatoires	oui	non	dates des derniers rappels	vaccins recommandés	oui	non	dates
tétanos				coqueluche			
poliomyélite				BCG			
ou DT polio				diphtérie			
ou tétracoq				hépatite B			
ROR (*)				autres (préciser)			

(*) Rubéole- Oreillons - Rougeole

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication*

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

	oui	non		oui	non		oui	non		oui	non			
rubéole			varicelle			coqueluche			otites			rhumatisme articulaire		
angine			scarlatine			rougeole			oreillons			aigü		

L'enfant suit-il un traitement médical ?

OUI NON

pathologie	traitement et/ou nom des médicaments

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Remettre à la personne de l'accueil, une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants
(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Si mise en place obligatoire d'un PAI : Fournir impérativement le PAI

Pour les allergies alimentaires ou autres, l'asthme ou toute situation sanitaire particulière, l'inscription à l'ALSH n'est envisageable qu'après la signature d'un **Projet d'Accueil Individualisé(PAI)**.

(Merci de prendre rendez-vous avec le Directeur de l'ALSH)

pathologie	traitement et/ou nom des médicaments

Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...)

difficultés de santé	dates	précautions à prendre

Recommandations utiles (port de lentilles, de lunettes, de prothèses auditives et/ou dentaires...)