

<b>NOM de l'enfant</b>	<b>Prénom</b>	<b>Date de naissance :</b> ...../...../..... <b>Age :</b> .....
<b>Adresse</b>		

**N° allocataire CA F :**  
(indispensable si vous souhaitez bénéficier du tarif au quotient familial)

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		
<b>NOM ET PRENOM :</b>			<b>NOM ET PRENOM :</b>		
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		
<b>RESPONSABLE A FACTURER :</b>			<input type="checkbox"/> Responsable 1 <input type="checkbox"/> Responsable 2		

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

du 11 au 15 juillet					du 18 au 22 juillet					du 25 au 29 juillet				
Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven
			14											

L'ENFANT est autorisé à repartir, accompagné par :

NOM	PRENOM	STATUT	N° TELEPHONE

L'enfant est autorisé à repartir seul

**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.
- **Je reconnais** avoir pris connaissance du règlement intérieur du service pour lequel l'enfant est inscrit.
- **J'autorise** la mairie à consulter le service internet CDAP (Consultation des Données Allocataires par les Partenaires) dans le cadre du dossier d'inscription et de facturation de mon (mes) enfant(s).
- **J'autorise** l'accueil de loisirs à utiliser, dans le cadre pédagogique, les photos et vidéo de mon enfant prises au cours des activités
- **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

# 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...)

--

**MAIRIE DE CERELLES**

37 rue du Maréchal Reille - 37390 CERELLES

Tél. : 02 47 55 10 89

Mail : secretariat@mairie-cerelles.fr

Site internet : www.mairie-cerelles.fr