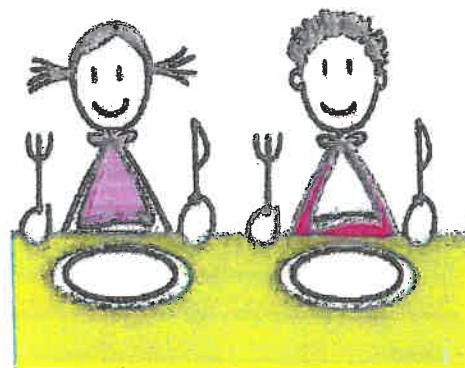




DOSSIER D'INSCRIPTION
ALSH Périscolaire et Extrascolaire
+ RESTAURANT SCOLAIRE
ANNEE :/.....

Ce dossier doit **IMPERATIVEMENT** être remis à la directrice de l'accueil de loisirs pour les 2 services. Toute modification des informations suivantes en cours d'année, devra être signalée par courrier



Cadre réservé au service :

Dossier réceptionné et contrôlé le : Par :

Enregistrement Inoé le : Par :

Modification informations reçues et enregistrées le : Par :



Services ALSH Les Chardons Bleus et Restauration scolaire

Chemin de la Barricade- 04350 MALIJAI

04.92.32.27.93 / 06.75.22.02.78 / alshchardonsbleus@malijai.fr

FOYER :



	Adulte 1 Responsable légal <input type="checkbox"/>	Adulte 2 Responsable légal <input type="checkbox"/>
Nom		
Prénom		
Lien de Parenté avec l'enfant		
Téléphone fixe		
Téléphone Portable		
Adresse Mail		
Adresse postale		
Profession		
Employeur		
Tel employeur		

Situation familiale actuelle : Marié(e) PACS Concubinage Célibataire Divorcé(e) Autre :

Nombre d'enfant(s) à charge : **Nombre d'enfant(s) fréquentant le service ALSH/Restauration :**

Régime allocataire : CAF MSA **N° Allocataire :**

Autorisation d'accès au portail partenaire : OUI NON

Autorisations :

Personnes habilitées à venir chercher votre (vos) enfant(s) en dehors des responsables légaux :

Nom : Tel : Lien :

Nom : Tel : Lien :

Nom : Tel : Lien :

Nom : Tel : Lien :

Nom : Tel : Lien :

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e) M / Mme déclare exacts les renseignements portés sur le présent dossier et m'engage à informer le service de toute modification au cours de l'année. J'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. J'autorise mon/ mes enfant(s) à prendre part à toutes les activités et sorties organisées par le Service Animation Enfance Jeunesse de MALIJAI. J'ai pris connaissance et accepte les règlements inférieurs de l'accueil de loisirs extrascolaire et périscolaire ainsi que de celui du restaurant scolaire, et m'engage à les respecter. J'ai été informé que le service ALSH/Restauration scolaire dispose de moyens informatiques destinés à gérer plus facilement la gestion des inscriptions aux différents services qu'il propose. Ces informations collectées sont réservées à l'usage exclusif du service concerné.

Date :

Signature des deux responsables légaux – Mention « Lu et approuvé »

L'enfant : (fiche sanitaire de renseignement)



Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Age	
Ecole	
Classe/Enseignant	
Régime Alimentaire	<input type="checkbox"/> Repas protidique avec viande <input type="checkbox"/> Repas protidique sans viande <input type="checkbox"/> Allergie alimentaire (PAI obligatoire) : précisez.....
L'enfant sait-il nager (plus de 25m) ?	OUI <input type="checkbox"/> (Fournir un certificat d'aisance aquatique si vous l'avez) NON <input type="checkbox"/> (vous devrez fournir un système de flottaison les jours de baignade)
Autre(s) Allergie(s)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, précisez à quoi et si nécessité de PAI :
Médecin traitant	NOM : Téléphone :
Projet Accueil Individualisé (PAI)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Date de mise en place/dernier renouvellement :(fournir le document)

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

Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Rhumatisme Articulaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Dates des vaccinations

DT Polio		BCG	
Dernier Rappel		Test BCG	
Coqueluche		ROR	
Hépatite B		Autre	

Prise en charge taxi/ambulance durant le temps méridien et/ou périscolaire : OUI NON

Nom de la compagnie : Téléphone :

Jour(s) et heure(s) de prise en charge :

Assurance : responsabilité civile minimum + Extrascolaire (obligatoire pour l'accueil de loisirs). Fournir une attestation en cours de validité

Nom Assureur :

N° contrat : Date d'expiration :

Autorise mon enfant à rentrer seul après les activités : OUI NON

Autorise mon enfant à participer aux sorties de groupe : OUI NON

Autorise mon enfant à être transporté : OUI NON

Autorise mon enfant à participer aux activités aquatiques dont la baignade : OUI NON

Autorise les organisateurs à utiliser et diffuser des photos et/ou vidéo de mon enfant respectueuse de son image : OUI NON

Je soussigné, déclare exact les renseignements portés sur la fiche d'inscription et m'engage à informer le service de toutes modifications au cours de l'année

Date : Signatures des responsables légaux + mention « lu et approuvé »

Rappel des pièces et justificatifs à fournir avec le présent dossier :

- Copie du carnet de vaccination
- Attestation d'assurance pour l'année scolaire (attestation EXTRASCOLAIRE obligatoire pour fréquenter l'accueil de loisirs)

Tolérance fourniture attestation jusqu'au 1er septembre en cas de retour anticipé du dossier

- Copie des BONS vacances CAF pour les ayant-droit
- Copie du PAI en cours en cas de besoin
- Copie d'ordonnance pour tout traitement médicamenteux devant être pris durant les temps d'inscription de l'enfant
- Attestation d'aisance aquatique pour ceux qui la possède
- 1 paquet de serviettes jetables blanches