

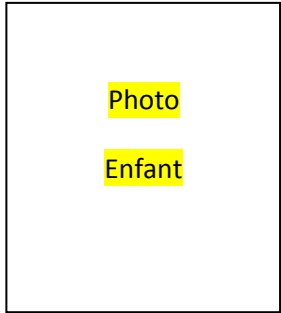
**Cadre réservé à l'administration :**

Fiche de renseignements incomplète	<input type="checkbox"/>	Attestation d'assurance	<input type="checkbox"/>	Autre : .....	Date de saisie : .....
N°allocataire	<input type="checkbox"/>	Justificatif de domicile	<input type="checkbox"/>		Agent : .....
Avis d'imposition	<input type="checkbox"/>	Fiche sanitaire incomplète	<input type="checkbox"/>		<b>Complet le :</b> .....



## Fiche individuelle de renseignements Accueil de Loisirs Périscolaire et ALSH

Année scolaire 2019-2020  
(valable du 1<sup>er</sup> septembre 2019 au 31 août 2020)



**Enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....  Masculin  Féminin  
 Date de naissance : ...../...../..... Ecole : .....  Maternel  Primaire  Ado  
 Nom de l'enseignant : .....

**Données communes à la familles :**

Nom allocataire  
 (tel qu'il apparait sur vos documents CAF) : ..... N° allocataire CAF ou MSA : .....  
 Régime général (CAF)  MSA  Autre

Nombre d'enfants à charge : ..... Avez-vous droit aux aides loisirs de la CAF  oui  non

Adresse mail utilisée sur le portail famille : .....

**Mère :**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Domicile : ...../...../...../..... Portable : ...../...../...../..... Travail : ...../...../...../.....

**Père :**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Domicile : ...../...../...../..... Portable : ...../...../...../..... Travail : ...../...../...../.....

**Assurance :** (joindre une attestation RC ou Scolaire)  
 Nom de l'organisme : ..... N° de contrat : ..... Dates d'échéances : .....

**Personnes à prévenir en cas d'urgence et habilitées à venir chercher l'enfant (autres que les parents) :**

Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Numéro de portable : ...../...../...../.....	Numéro de portable : ...../...../...../.....
Lien avec l'enfant : .....	Lien avec l'enfant : .....

**Informations complémentaires :**

Accord d'hospitalisation  Autorisation photo  Port de lunettes  Port appareil auditif  
 Autorisation à partir seul  Autorisation de sport  Port appareil dentaire  Handicapé  Autre .....

Données sanitaires :

Nom du médecin traitant : ..... Tel. : ...../...../...../...../.....

Allergies alimentaires : .....

- Pratique alimentaire :
- Normal
  - Sans porc
  - Sans viande

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) : .....  
(Attention les parents fournissent le repas de substitution)

**Certificat à jour des vaccins**

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

- ANGINE
- OREILLONS
- RHUMATHISME ARTICULAIRE AIGÛ
- RUBEOLE
- VARICELLE
- COQUELUCHE
- OTITE
- ROUGEOLE
- SCARLATINE

Asthme :  oui  non Allergies médicamenteuses :  oui  non Autres : .....

**Contre indications :**

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir, si automédication le signaler, (barrer si rien à signaler merci)

.....  
.....  
.....

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre (barrer si rien à signaler merci)

.....  
.....  
.....

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur le dossier d'inscription et autorise le responsable de l'ALP/ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.**

Signature

Fait à Saint André de Sangonis, le .....

**RAPPEL des pièces à fournir (uniquement des photocopies pas d'originaux) :**

- Avis d'imposition 2018 sur les revenus 2017
- Justificatif de domicile de moins de trois mois  Certificat à jour des vaccins
- Attestation d'assurance en cours de validité (si celle-ci date de moins de 3 mois elle peut servir de justificatif de domicile).