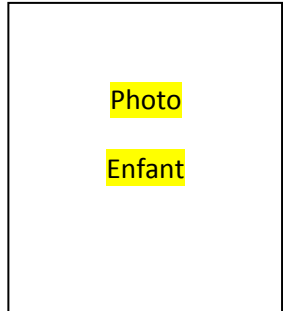


Cadre réservé à l'administration :

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"/>		Complet le :



Fiche individuelle de renseignements
1^{ère} inscription
Accueil de Loisirs Périscolaire et ALSH



Année scolaire 2020-2021
 (valable du 1^{er} septembre 2020 au 31 août 2021)

Enfant :

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

Données communes à la familles :

Nom allocataire N° allocataire CAF ou MSA :
 (tel qu'il apparait sur vos documents CAF) :
 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 Responsabilité Civile 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 :

Autorisations parentales et 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)

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.

Fait à Saint André de Sangonis, le

Signature

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

- Avis d'imposition 2019 sur les revenus 2018 Justificatif de domicile de moins de trois mois
 Certificat de vaccination à jour (ou photocopie du carnet de santé aux pages vaccinations)
 Attestation d'assurance en cours de validité (si celle-ci date de moins de 3 mois elle peut servir de justificatif de domicile).