



**DOSSIER D'INSCRIPTION ENFANT**  
**ALSH / ALP / ADOS 3 – 17 ans**  
*Un dossier d'inscription par enfant*

PHOTO  
(si enfant de  
Petite Section  
maternelle)

**ENFANT :**

NOM : Prénom :

Adresse :

Date de naissance : / / sexe :

N° sécurité sociale :

Scolarité (entourer) : Ecole Roudourel / Ecole Micocoulier / collège / Extérieur

Repas classique       Repas allergie (P.A.I. du médecin)       Repas sans porc

**RESPONSABLE LEGAL** (cocher la case du responsable qui recevra les factures et informations)

Père NOM : Prénom :  
Adresse : tel domicile : / / / /  
tel portable : / / / /  
tel bureau : / / / /  
Profession : N° allocataire CAF :  
Régime sécurité sociale (entourer) : général / fonction publique / MSA / autre

Mère NOM : Prénom :  
Adresse : tel domicile : / / / /  
tel portable : / / / /  
tel bureau : / / / /  
Profession : N° allocataire CAF :  
Régime sécurité sociale (entourer) : général / fonction publique / MSA / autre

Autre NOM : Prénom :  
Adresse : tel domicile : / / / /  
tel portable : / / / /  
tel bureau : / / / /  
Profession : N° allocataire CAF :  
Régime sécurité sociale (entourer) : général / fonction publique / MSA / autre

**Adresse mail de contact pour les programmes et paiements en ligne :**

.....

Nombre d'enfants de 1 à 17 ans de la même fratrie  
(nombre d'enfants à charge indiqués sur l'avis d'impôts 2018) :

**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné .....

Autorise mon enfant .....

- ❖ A participer aux activités organisées par la structure ALSH-ALP-ADOS de Cournonsec (activités manuelles, sportives, et culturelles, baignade, activités sportives, camps...).
- ❖ Autorise les directeurs de l'ALSH-ALP-ADOS de Cournonsec à faire soigner mon enfant, et à prendre, sur avis médical et en cas de nécessité, toutes les mesures d'urgence, y compris éventuellement son hospitalisation. Je m'engage s'il y a lieu à rembourser le montant des frais engagés.
- ❖ Décharge toute responsabilité de l'ALP lors des sorties organisées par l'école et qui se dérouleraient sur le temps périscolaire.
- ❖ Déclare avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur.
- ❖ Autorise les personnes listées ci-dessous à venir chercher mon enfant dans les locaux ALSH-ALP de Cournonsec

NOM :	Prénom :	tel :	/	/	/	/
NOM :	Prénom :	tel :	/	/	/	/
NOM :	Prénom :	tel :	/	/	/	/
NOM :	Prénom :	tel :	/	/	/	/
NOM :	Prénom :	tel :	/	/	/	/
NOM :	Prénom :	tel :	/	/	/	/

**Date :****Signature** (précédée de la mention « lu et approuvé ») :**DOCUMENTS A JOINDRE IMPERATIVEMENT AU DOSSIER:**

- Copie de l'avis d'imposition [2018 sur les revenus 2017](#)
- Photocopie du carnet de vaccinations à jour
- Attestation d'assurance « scolaire + extrascolaire » 2019-2020
- Attestation sécurité sociale et mutuelle valide où apparaît le nom de l'enfant

**En l'absence d'élément sur les ressources familiales, le tarif maximum sera appliqué, sans effet rétroactif.**



<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	1 - ENFANT NOM : _____ PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui  non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME      oui  non       MÉDICAMENTEUSES      oui  non   
 ALIMENTAIRES      oui  non       AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRE, ETC...  
PRÉCISEZ.

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM .....  
PRÉNOM .....  
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) .....

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

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....  
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT  
(facultatif) .....

*Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

**DATE :**

**SIGNATURE :**

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

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

**OBSERVATIONS**

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