



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) :

Empty box for number of children

**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 [2019 sur les revenus 2018](#)
- Photocopie du carnet de vaccinations à jour
- Attestation d'assurance « scolaire + extrascolaire » 2020-2021
- 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.**



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  
DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....  
PRENOM : .....  
DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....  
SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Hæmophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (Informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
MEDICAMENTEUSES  oui  non  
AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
Précisez : .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui précisez  oui  non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS  
Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....  
TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....  
TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... Signature : .....