ACCUEILS DE LOISIRS MUNICIPAUX

ALP/ALSH Municipaux 3 / 17 ans
Groupe scolaire Antoine Beille
Avenue de la laïcité 34440 Nissan Lez Ensérune
☎04.67.32.90.45 / 06.75.24.20.00 clsh@nissanlezenserune.com

Photo

DOSSIER D'INSCRIPTION 2019/2020

Nom : …… **Prénom :** ……

Date de naissance : …….. /……../ ……. Lieu de naissance : ……

Âge : …….. ans Nationalité : ……

Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐ N° Sécurité sociale : ……

Lieu de résidence : chez les deux parents ☐ chez le père ☐ la mère ☐ alternée ☐ autre ☐

FICHE SANITAIRE DE LIAISON MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS CERFA N° **85-0233**

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT L'ACCUEIL ET LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DE L'ACCUEIL OU DU SEJOUR.

I. VACCINATIONS

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé) Précisez s'il s'agit :

Du DT polio …… ___/___/___
Du DT coq …… ___/___/___
Du Tétracoq …… ___/___/___
D'une prise polio RAPPELS …… ___/___/___
ANTITUBERCULEUSE (BCG) ANTIVARIOLIQUE AUTRES VACCINS
DATES 1er VACCIN ___/___/___ 2ème VACCIN ___/___/___
REVACCINATION ___/___/___ 1er RAPPEL ___/___/___ ……
SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?
……
NATURE DATES INJECTIONS DE SERUM …… ___/___/___

II. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :
RUBEOLE oui / non - VARICELLE oui / non - ANGINES oui / non - RHUMATISMES oui / non - SCARLATINE oui / non - ASTHME oui / non - ROUGEOLE oui / non - OREILLONS oui / non - OTITES oui / non - COQUELUCHE oui / non

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

…… ___/___/___
…… ___/___/___
…… ___/___/___

III. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

……
……
……

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? non / oui
SI OUI, LEQUEL?……

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non/ parfois / oui
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non / oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : …… PRENOMS : ……

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : …… Signature :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : ……
ARRIVEE LE ____/____/____ DEPART LE ____/____/____
Cachet de l'Organisme (siège social)

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)
PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)……
……
……
……
……

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Parent 1 : Le Père Nom : ..... Prénom : ..... Né le : ..... /..... / ..... à ..... Nationalité : ..... N° Allocataire : ..... N° Sécurité sociale : ..... Adresse : .... N° téléphone : ..... N° mobile : ..... Adresse électronique : .....@..... Profession : ..... Autorité parentale (copie jugement à fournir) : OUI / NON	**Parent 2 : La Mère** Nom : ..... Prénom : ..... Né le : ..... /..... / ..... à ..... Nationalité : ..... N° Allocataire : ..... N° Sécurité sociale : ..... Adresse : .... N° téléphone : ..... N° mobile : ..... Adresse électronique : .....@..... Profession : ..... Autorité parentale (copie jugement à fournir) : OUI / NON
Autre représentant de l'enfant : Nom : ..... Prénom : ..... Né le : ..... /..... / ..... à ..... Nationalité : ..... N° Sécurité sociale : ..... Adresse : .... N° téléphone : ..... N° mobile : ..... Adresse électronique : .....@..... Lien avec l'enfant : .... Organisme de suivi de l'enfant :	**Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :** **1°** Nom : ..... Prénom : ..... Adresse : .... N° téléphone : ..... Lien avec la famille : ..... **2°** Nom : ..... Prénom : ..... Adresse : .... N° téléphone : ..... Lien avec la famille : ..... **3°** Nom : ..... Prénom : ..... Adresse : .... N° téléphone : ..... Lien avec la famille : .....

Je soussigné, déclare exactes les informations portée sur cette fiche d'inscription, et m'engage à tenir informé le responsable de l'Accueil de Loisirs en cas de changement.

Fait à ..... le ...../...../..... Signatures : Le Directeur de l'Accueil

Le Père La Mère Autre représentant

Accueil de Loisirs
Groupe scolaire Antoine Beille
Avenue de la laïcité
34 440 Nissan lez Ensérune
Tél. 04.67.32.90.45

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné .....,

Représentant légal de l'enfant .....,

---

1 - ☐ autorise ☐ n'autorise pas

Mon enfant (pour les enfants de 9 ans et plus) à quitter seul l'ALSH à partir de ……heures et/ou l'ALP à …… heures.

---

2 - ☐ autorise ☐ n'autorise pas

Mon enfant à participer à toutes les sorties ou toutes les activités organisées par l'ALSH.

---

3 - ☐ autorise ☐ n'autorise pas

L'encadrement de l'accueil de loisirs à prendre l'enfant en photo ou vidéo, lors des diverses activités proposées par l'ALSH ou l'ALP en vue de les diffuser sur divers supports médiatiques (bulletin municipal, site internet municipal, quotidiens locaux, journal interne, …).

---

4 - ☐ autorise ☐ n'autorise pas

Le responsable de l'accueil de loisirs à prendre le cas échéant toutes mesures (d'hygiène, traitement médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant, en cas d'absence des parents et des responsables légaux ou s'ils demeurent injoignables.

---

5 - ☐ autorise ☐ n'autorise pas

L'accueil de loisirs à m'envoyer les programmes des vacances par adresse e-mail.
Si oui : ……@.....

Date : Signature :

Accueil de Loisirs
Groupe scolaire Antoine Beille
Avenue de la laïcité
34 440 Nissan lez Ensérune
Tél. 04.67.32.90.45

ACCEPTATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Partie à retourner signée avec le dossier

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, ……..,

responsable de l'enfant …….. atteste avoir pris connaissance du

règlement de l'ALSH, de l'ALP, ainsi que du restaurant scolaire 2019-2020, et m'engage à

le respecter.

Date : ….. / ….. / …….. **Signature des parents:**

Signature de la Direction des accueils de loisirs:

Eléments à ramener pour l'enregistrement du dossier d'inscription 2019-2020

L'enregistrement du dossier d'inscription débutera à partir du jeudi 27 juin 2019, au bureau de l'ALSH. Un dossier incomplet entraînera le refus de l'enfant à l'ALSH, à l'ALP ainsi qu'à la Cantine.

Pour la constitution du dossier, les parents doivent fournir les documents suivants :

- ✓ **Fiche de renseignements de l'enfant remplie** *
- ✓ **Autorisation parentale signée** *
- ✓ **Fiche sanitaire de liaison remplie** *
- ✓ **Coupon du règlement intérieur rempli et signé** *
- ✓ Copie des **vaccins du carnet de santé ou du carnet de vaccination** (vaccinations à jour)
- ✓ Photocopie du **coefficient familial** et de **l'Aide aux loisirs** de la CAF ou MSA, s'il y a lieu
- ✓ Photocopie de **l'assurance responsabilité civile individuelle ou assurance extra-scolaire 2019/2020**
- ✓ **Certificat médical de moins de 3 ans** d'aptitude à la vie en collectivité, à la pratique d'activités physiques et sportives et justifiant des vaccins à jour
- ✓ **Attestation de domicile** (de moins de 3 mois : facture EDF, Télécom…)
- ✓ **Un courrier** pour les enfants qui consomment un **repas sans porc ou végétarien**

**Ces éléments peuvent être retiré en Mairie, au Bureau ALSH, ou téléchargé sur le portail famille et le site de la ville.*