



Dossier d'inscription

Pôle famille enfance jeunesse

Pièces obligatoires à fournir avec le dossier d'inscription

Complétez toutes les parties et signez :

- La fiche d'inscription (4 pages)

Fournir une copie :

- Carnet de santé des pages vaccins obligatoires à jour (mentionnez le nom l'enfant)
- du Livret de famille
- de l'attestation d'assurance responsabilité civile ou scolaire de l'année en cours
- du justificatif de domicile daté de moins de trois mois
- de l'attestation CAF ou MSA, ou dernier avis d'imposition (pour les familles non allocataires). A défaut de présentation d'un des documents le tarif plein est appliqué.

1. L'ENFANT

Nom..... Prénom..... Date de naissance / /
Sexe M F

Nom du médecin traitant Téléphone

- Mon enfant est détenteur d'un P.A.I (**PAI scolaire NON accepté**) demandez le formulaire **PAIP** au secrétariat du Pôle Famille. Toute famille d'enfant allergique, asthmatique ou atteint de trouble nécessitant l'administration d'un traitement devra fournir le document PAIP AVANT toute réservation à l'ALSH contactez le responsable clsh@surzur.fr
- Mon enfant est bénéficiaire de l'AEEH OUI si oui, fournir l'attestation AEEH Si dossier AEEH en cours prendre rendez-vous avec le responsable clsh@surzur.fr

2. LES RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable 1 (payeur)

NOM

Prénom.....

Situation familiale* (marié,séparé,veuf.....)

Parenté.....

Adresse.....

.....

.....

Mail@.....

Tél. domicile.....

Tél. portable.....

Tél. travail.....

Responsable 2

NOM

Prénom.....

Situation familiale* (marié,séparé,veuf.....)

Parenté.....

Adresse.....

.....

.....

Mail@.....

Tél. domicile.....

Tél. portable.....

Tél. travail.....

*En cas de séparation de compte contactez regie-periscolaire@surzur.fr

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

• Vaccinations

ENFANT NE-E A PARTIR DE 2018					
VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP) Coqueluche Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B Hépatite B				Tuberculose	
				Méningocoques B	
				Varicelle	
				Grippe	
Infections invasives à pneumocoque				Zona	
Méningocoque de sérogroupe C				Infections à papillomavirus humains	
Rougeole, oreillons et rubéole				Rotavirus	

ENFANT NE-E AVANT 2018					
VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				BCG	
ou Tétra coq				Autres (préciser)	

• Renseignements médicaux*

L'enfant suit-il un traitement médical temporaire ? 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 (entourer la réponse)									
RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ		SCARLATINE	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS			
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON		

ALLERGIES/AUTRES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES oui non

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, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

• Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires, etc... précisez :

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

L'enfant mouille-t-il son lit ? oui occasionnellement non

3. LES AUTORISATIONS

Les personnes autorisées à venir chercher l'enfant (données enregistrées sur le portail famille)

Les enfants ne peuvent être confiés qu'à des personnes ayant reçu l'autorisation des parents ou du responsable légal. Par sécurité, lors de son arrivée nous demanderons à la personne autorisée de confirmer son identité.

Nom	Prénom	Liens	Coordonnées

AUTORISE mon enfant de plus de 6 ans à partir seul à l'issue de l'ALSH oui non

AUTORISE que mon enfant soit filmé, photographié pendant les activités, pour tout support de diffusion de l'ALSH de SURZUR, presse, flyer, internet, Facebook, magazine oui non

ATTESTE avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Enfance

5. LES ENGAGEMENTS PARENTAUX

M'ENGAGE à respecter les règles de fonctionnement de l'ALSH consignées dans le règlement intérieur.

M'ENGAGE à signer un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.) si l'état de santé de mon enfant nécessite une prise en charge particulière.

M'ENGAGE à enregistrer les données sanitaires sur mon portail famille et actualiser régulièrement mes données personnelles.

Je soussigné (e),..... responsable légal de l'enfant mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le/la responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé du mineur, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'Urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Fait à :

Le :

Signature(s) obligatoire(s) des responsables légaux

Mère

Père

Tuteur

Famille d'accueil
(Précisez l'organisme ASE...)

NB : le règlement intérieur enfance et les tarifs en cours sont consultables sur le site de la Mairie et le portail famille.