

Période :

Semaine : 1 / 2 / 3 / 4

**Garderie : Matin : L M M J V / Soir : L M M J V**

Carnet vaccination

Attestation assurance

Attestation QF

**Quotient familial :**

**Nombres de semaines :**

**Montant réglé :**

**Réglé le :**

## 1. L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe :  M  F

Né-e le : ...../...../..... Ville de naissance: .....

Nationalité : .....

Adresse Mail de la famille : .....

## 2. LA FAMILLE

Monsieur \*  Madame \*  Monsieur et Madame \*  .....

*(intitulé souhaité pour la correspondance)*

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél en cas d'urgence : ...../...../...../...../.....

Nombre total d'enfants : ..... Nombre d'enfant à charges .....

Compagnie d'assurance de la RC : .....

N° de police d'assurance RC : ..... Date d'échéance : ...../...../.....

## 3. ETAT CIVIL DES PARENTS

### PÈRE

Nom : ..... Prénom : .....

Né le : ...../...../..... Ville : .....

Adresse (si différente de « FAMILLE ») : .....

Nationalité : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Lieu de travail : .....

Tél Domicile : ...../...../...../...../.....

Tél Mobile : ...../...../...../...../.....

Tél du travail : .....

Email (si différent de la famille) : .....

N° Allocataire CAF : .....

Régime :

CPAM :

MSA :

Autre :

**Autorité Parentale**

Oui

Non

### MERE

Nom : ..... Prénom : .....

Née le : ...../...../..... Ville : .....

Adresse (si différente de « FAMILLE ») : .....

Nationalité : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Lieu de travail : .....

Tél Domicile : ...../...../...../...../.....

Tél Mobile : ...../...../...../...../.....

Tél du travail : .....

Email (si différent de la famille) : .....

N° Allocataire CAF : .....

Régime :

CPAM :

MSA :

Autre :

**Autorité Parentale**

Oui

Non

#### 4. DOSSIER SANITAIRE DE LIAISON

| VACCINS                    | OUI | NON | DATES DES RAPPELS |
|----------------------------|-----|-----|-------------------|
| Diphtérie                  |     |     |                   |
| Tétanos                    |     |     |                   |
| Poliomyélite               |     |     |                   |
| BCG                        |     |     |                   |
| Hépatite B                 |     |     |                   |
| Rubéole-Oreillons-Rougeole |     |     |                   |
| Coqueluche                 |     |     |                   |
| Autre (précisez)           |     |     |                   |

| ALLERGIES      | OUI | NON | Conduites à tenir |
|----------------|-----|-----|-------------------|
| Asthme         |     |     |                   |
| Alimentaire    |     |     |                   |
| Médicamenteuse |     |     |                   |
| Autres         |     |     |                   |

| Régime Alimentaire | Commentaires |
|--------------------|--------------|
|                    |              |

| Nom du MEDECIN traitant | ADRESSE | TEL |
|-------------------------|---------|-----|
|                         |         |     |

**Recommandations utiles des parents (lunettes, prothèses ...)**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Antécédents médicaux :**

|  |
|--|
|  |
|--|

## 5. AUTORISATIONS PARENTALES

Je (nous) soussigné (s), .....

**5.1 AUTORISE(NT)** mon enfant à rentrer seul à son domicile à l'issue de la journée d'accueil de loisirs (ALSH)

Oui  Non

**5.2 AUTORISE(NT)** mon enfant à prendre un moyen de transport en commun à des fins de sortie pédagogiques :

Oui  Non

**5.3 AUTORISE(NT)** : les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant à l'accueil de loisirs :

| Nom—prénom | Qualité | Adresse | Tél |
|------------|---------|---------|-----|
|            |         |         |     |
|            |         |         |     |
|            |         |         |     |
|            |         |         |     |

**5.4 AUTORISATION** des Droits et informatique:

\* L'accueil de loisirs (journal de bord, fresque ...) oui  non

\* La Communauté de communes du Pays de Mormal oui  non

\* La presse oui  non

\* Site internet de l'ALSH et/ou de la CCPM oui  non

\* la Consultation CAFPRO oui  non

**5.5 AUTORISE(NT)** : le personnel de l'accueil de loisirs à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant

\* Transfert aux urgences oui  non

\* Lieu : .....

\* Groupe Sanguin : .....

**DECHARGE(NT)** : la direction de l'ALSH de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.

**AUTORISE(NT)** : mon enfant à participer aux activités de baignades : oui  non

**AUTORISE(NT)** : l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.

**DEMANDE(NT)** : au responsable de l'ALSH :

\* En cas de maladie de mon enfant, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance :

oui  non

\* En cas de fièvre, d'administrer sous ma responsabilité, les antipyrétiques selon les prescriptions du médecin traitant :

oui  non

\* D'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité : oui  non

\* D'administrer des granulés ou crèmes homéopathiques en cas de chutes : oui  non

**5.6 COMMUNICATION :**

\* souhaite(nt) être contacter par mail : oui  non

\* Souhaite(nt) être contacter par SMS : oui  non

**5.6 CERTIFIE(NT)** avoir pris connaissance du Règlement Intérieur des accueils collectifs de mineurs de la Communauté de Communes du Pays de Mormal donné lors de l'inscription.

**6. Désirez-vous régler vos factures, au choix :**

- |                          |                              |                              |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. Par chèque bancaire : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 2. En espèce :           | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 3. En Chèques ANCV :     | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 4. Paiement en ligne     | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 5. Carte bancaire        | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

**Signature :**

*Date et mention « lu et approuvé »*

*Qualité :*

*Signature :*

**Signature :**

*Date et mention « lu et approuvé »*

*Qualité :*

*Signature :*

**Assurances :** La Communauté de Communes du Pays de Mormal vous conseille de souscrire un « contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels vos enfants peuvent être exposés lors de leur participation aux activités ». En référence à l'article L227-5 du Code de l'Action Sociale et de la Famille.

**Droit informatique :** Conformément aux articles 39 et 40 de la loi « Informatique et Libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée le 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent.

**Pièces à fournir :**

- le dossier d'inscription dûment rempli.
- l'attestation de quotient familial (CAF).
- Une attestation d'assurance responsabilité civile.
- La photocopie du carnet de vaccinations.

**Sur demande de l'équipe de direction de l'accueil :**

- Un certificat médical de non contre indication à la pratique de sports.
- Brevet de natation si activités aquatiques.
- La carte nationale d'identité si déplacement à l'étranger.