



Accueil de loisirs POMEROL

DOSSIER D'INSCRIPTION

ANNEE 2024

Cadre réservé à l'administration :

QF : _____

Tarif journalier : _____

Tarif hebdomadaire : _____

ENFANT : Fille Garçon

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____ Age : _____

Commune de résidence : _____

Etablissement scolaire : _____ Classe : _____

I - RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Situation familiale : Marié(e) Divorcé(e) Pacsé(e) Célibataire Concubinage

Responsable de l'enfant (1) : Père Mère Tuteur

Nom et prénom : _____

Tél fixe : _____ Tél portable : _____

Email : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Profession : _____

Employeur : _____ Tél professionnel : _____

Responsable de l'enfant (2) : Père Mère Tuteur

Nom et prénom : _____

Tél fixe : _____ Tél portable : _____

Email : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Profession : _____

Employeur : _____ Tél professionnel : _____

II - REGIMES

N° de sécurité sociale auquel l'enfant est affilié : _____

N° d'allocataire : _____ CAF MSA

Si je ne fournis pas l'attestation de quotient familial, j'autorise le service enfance de la CALI à consulter mes ressources via le portail CDAP (Consultation des données d'allocataire par les partenaires) Oui Non

III – AUTORISATIONS ET RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Personne(s) habilitée(s) à récupérer l'enfant :

<u>Nom et prénom</u>	<u>Lien avec l'enfant</u>	<u>Téléphone</u>
1 -		
2 -		
3 -		

Je soussigné(e) _____, responsable légal(e) de l'enfant autorise :

- L'ALSH de Pomerol à photographier mon enfant. Les photos ou vidéos seront utilisées à des fins uniquement pédagogiques et pour les outils de communication de la mairie (Bulletin municipal, programme ALSH....) Oui Non
- Le personnel de l'ALSH à transporter l'enfant en car ou en mini bus Oui Non
- Le personnel de l'ALSH à prendre toutes dispositions nécessaires à la vue de l'état de santé de l'enfant Oui Non
- A participer à toute activité en dehors du lieu d'accueil habituel (salle polyvalente de Pomerol) Oui Non

Date :

Signature :

(Précédée de la mention « Lu et approuvée »)

IV – PIÈCES A JOINDRE AU DOSSIER

- Attestation d'assurance responsabilité civile extrascolaire en cours de validité
- Attestation de quotient familial
- Si non allocataire CAF ou MSA : avis d'imposition du ménage ou des deux parents
- Copie du livret de famille complet
- Copie du carnet de santé (pages vaccinations)
- Justificatif de domicile
- Attestation de l'affiliation au régime de sécurité sociale (CPAM, MSA ou autre) du parent qui couvre l'enfant
- Jugement indiquant la garde et l'autorité parentale de l'enfant (s'il a lieu)

TOUT DOSSIER IMCOMPLET (Dossier d'inscription et règlement) NE POURRA ETRE TRAITE

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs et m'engage à le respecter.

A _____

Le _____

Signature :

V – FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1) PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) : Oui Non

Si oui, merci de fournir le protocole en cours

2) VACCINATIONS

a) Si l'enfant est né avant le 1^{er} janvier 2018 :

VACCINS OBLIGATOIRES	Date de rappel
• Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

b) Si l'enfant est né après le 1^{er} janvier 2018 :

VACCINS OBLIGATOIRES	Date de rappel
• Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
• Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
• Hépatite B <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
• Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
• Infections invasives à pneumocoque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
• Méningocoque de sérogroupe C <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
• Rougeole, oreillons et rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

En cas de contre-indication du vaccin, merci de joindre le certificat médical du médecin.

3) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant doit-il suivre un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leurs boîtes d'origine, avec la notice et marquées au nom de l'enfant.

Attention : aucun médicament ne pourra administré.

L'enfant a-t-il des allergies ?	L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?
• Asthme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Allergies médicamenteuses <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Allergies alimentaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Autre(s) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Si autres : précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir et si automédication, le signaler : _____ _____	• Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	• Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	• Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	• Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	• Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Poids de l'enfant : _____ Taille de l'enfant : _____

Pointure de l'enfant : _____
(utile sortie patinoire par exemple)

L'enfant présente-t-il un problème de santé : Oui Non

Si oui, les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les préoccupations à prendre et notez le motif de PAI le cas échéant.

4) MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin traitant de l'enfant	Commune	Téléphone

5) BREVET DE NATATION

Mon enfant a passé le brevet de natation : Oui Non

Si oui, distance : 25m 50m 100m 200m

Date du brevet : _____

(Une photocopie du diplôme vous est demandée afin de valider ces informations)

6) PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Si impossibilité de joindre les parents :

<u>Nom et prénom</u>	<u>Lien avec l'enfant</u>	<u>Téléphone</u>
1 -		
2 -		
3 -		

7) RECOMMANDATIONS UTILES

Précisez si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.

8) REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT

Je soussigné(e), _____ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsable de l'accueil de loisirs à prendre toutes mesures nécessaires (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Date :

Signature :

(Précédée de la mention « Lu et approuvée »)