

# DOSSIER D'INSCRIPTION

## Accueil de loisirs périscolaire & extrascolaire

### - Maternelle -

Année scolaire :

**Le présent dossier doit être remis complété et accompagné des justificatifs demandés auprès du directeur de l'ALSH.**

#### ENFANT :

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Classe : .....

#### ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT (ALSH) :

Durant l'année scolaire, souhaitez vous inscrire votre enfant à l'ALSH :

- Les mercredis  
 Pendant les vacances scolaires

Les inscriptions se font à la journée ou à la demi-journée, avec ou sans repas.  
Merci de préciser les dates et le mode d'inscription au directeur de l'ALSH.

#### FICHE DE RENSEIGNEMENTS

#### RESPONSABLE LEGAL 1 :

Nom : ..... Prénom : .....  
Qualité (mère, père, ...) : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Téléphone fixe : ..... Téléphone Portable : .....  
Mail : .....

#### RESPONSABLE LEGAL 2 :

Nom : ..... Prénom : .....  
Qualité (mère, père, ...) : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Téléphone fixe : ..... Téléphone Portable : .....  
Mail : .....

**REGIME :**

Allocataire CAF (Régime général)       Régime Spécial (MSA ou Autre)       Sans régime

Nom et Prénom de l'allocataire : .....

N° Allocataire : ..... Nombre d'enfant à charge : .....

Situation familiale :  Marié(e)  Couple  Pacsé(e)  Célibataire  Veuf(ve)  Divorcé(e)

Assurance : ..... N°: .....

**PERSONNES À CONTACTER :**

Autres personnes à joindre en cas de nécessité et/ou autorisées à récupérer mon enfant (*rayez les mentions inutiles*) :

1 - Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone Portable : .....

2 - Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone Portable : .....

3 - Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone Portable : .....

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

<b>VACCINATIONS :</b> (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)			
VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Hépatite B	
Tétanos <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Coqueluche	
Ou DTpolio <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Autre (Précisez)	
Ou Tétra coq <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
BCG <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
<p>SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES A JOUR, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.</p> <p>ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.</p>			

<p><b>RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :</b></p> <p>L'enfant suit-il actuellement un traitement médical ?   <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON          Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice)          Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.</p> <p>L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>RUBÉOLE    <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</td> <td>VARICELLE    <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</td> <td>ANGINE      <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</td> </tr> <tr> <td>OTITE        <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</td> <td>COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</td> <td>ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</td> </tr> <tr> <td>OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</td> <td>SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ   <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</td> </tr> </table> <p><b>ALLERGIES :</b></p> <p>ASTHME                                    <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON          MÉDICAMENTEUSES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON          ALIMENTAIRES                        <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON          AUTRES : .....</p> <p>PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIES, ACCIDENTS, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATIONS, OPÉRATIONS, RÉÉDUCTIONS) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>AUTRES COMMENTAIRES UTILES ?          VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...          PRÉCISEZ.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	RUBÉOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	COQUELUCHE <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	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
RUBÉOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON										
OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	COQUELUCHE <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	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON											
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON												

*(Suite au dos)*

### **AUTORISATIONS :**

- J'autorise mon enfant à regagner seul mon domicile.
- J'autorise le personnel d'encadrement à photographier, filmer mon enfant dans le cadre de ses activités. Les images pourront être utilisées dans le respect de la législation.
- J'accepte que mon enfant participe aux activités proposées dans le cadre des accueils périscolaires et extrascolaires et qu'il prenne les moyens de transports utilisés.

Je, soussigné .....  
responsable de l'enfant ..... déclare exacts les  
renseignements portés sur cette fiche.

- J'accepte et j'approuve le règlement intérieur de l'ALSH de Villelongue de la Salanque et m'engage à le respecter.

Fait le : ..... À : .....

Signature :

### **PIECES À JOINDRE AU DOSSIER :**

- Photocopie de la carte d'identité des représentants légaux (ou livret de famille)
- Photocopie de la carte vitale du ou des parents auxquels est rattaché l'enfant en qualité d'ayant droit
- Photocopie du carnet de vaccination de l'enfant
- Attestation d'assurance en responsabilité civile
- Dossier unique d'inscription complété entièrement
- Le règlement de la cotisation à la Ligue de l'Enseignement (4,35€) en chèque ou en espèce