

# Fiche d'inscription



Pour vous simplifier les démarches, un seul dossier pour 6 activités (Tap : Temps d'accueil dans l'école primaire de 15h45 à 17h45, Accueil de loisirs du mercredi après midi (avec ou sans repas), Accueil de Loisirs des vacances scolaires).  
**>>>>> Cela ne vous engage pas ! Si nous devons accueillir votre enfant, les infos seraient déjà saisies. L'inscription sera possible juste avec un appel téléphonique**

ALSH  ADOS  TAP/ALAE  LAEP  ACC SCOLAIRE  CAMP

**E-mail :** .....

La fourniture de votre adresse mail, nous permet de vous informer sur les animations ou événements se déroulant à Héлитas.

## ENFANT

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** .....  
.....

**Tél. domicile :** ..... **Portable :** ..... **Date de naissance :** .....

**Groupe scolaire fréquenté :** .....

## AUTORISATIONS

**Je soussigné :** .....

- J'ai pris note que mon enfant peut-être amené à sortir des locaux pour se rendre à pied, en bus ou mini-bus sur un autre lieu d'activité. Oui  Non
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités et jeux organisés dans le cadre de l'Accueil de Loisirs sans hébergement et séjours organisés par le Centre Social ALC. Oui  Non
- Autorise le Centre Social ALC à utiliser l'image photographique de mon enfant pour les publications de l'association (plaquettes, rapport d'activités, expos photos, site Internet...). Oui  Non
- Autorise les personnels du centre social ALC assermentés par la CAF à consulter et conserver mes justificatifs de ressources via l'applicatif CAF CDAP. Oui  Non
- Autorisation de partir seul - de 14 ans Oui  Non

**Je soussigné :** .....

autorise le Centre Social ALC, en cas d'hospitalisation à vous diriger vers l'hôpital Henri Mondor

## CERTIFICAT MÉDICAL

Le certificat médical n'est obligatoire que pour les activités sub-aquatiques et aériennes. **Votre signature en fin de document attestera que votre enfant n'a aucune contre-indication aux activités proposées.**

## ALLERGIES

Asthme Oui  Non  Conduite à tenir : .....  
Médicamenteuse Oui  Non  .....  
Alimentaire Oui  Non  .....  
PAI Oui  Non  .....  
(si oui, merci de bien vouloir joindre une copie)

## HANDICAP

Votre enfant est-il porteur d'un handicap Oui  Non   
Si oui, bénéficie-t-il de l'AAEH. Oui  Non

|         | PARENT 1 | PARENT 2 |
|---------|----------|----------|
| Noms    |          |          |
| Prénoms |          |          |
| Tél.    |          |          |

Responsable pendant l'accueil :  
Parent 1  / Parent 2  / Autre

Marié  / Célibataire  / Veuf  / Vie maritale  / Divorcé  vit avec Père  vit avec Mère   
N° allocataire à la CAF ou à la MSA : .....  
Numéro sécurité sociale : .....

## VACCINATIONS

|                      |                              |                              |                |
|----------------------|------------------------------|------------------------------|----------------|
| Vaccins obligatoires | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | JOINDRE COPIES |
|----------------------|------------------------------|------------------------------|----------------|

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

### L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?

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, même le paracétamol.

### L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

|                             |                              |                              |            |                              |                              |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|------------|------------------------------|------------------------------|
| Rubéole                     | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | Coqueluche | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Varicelle                   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | Otite      | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Angine                      | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | Rougeole   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Rhumatisme articulaire aigu | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | Oreillons  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Scarlatine                  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |            |                              |                              |

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? ..... OUI  NON

Si oui, précisez : .....

Je soussigné ..... autorise le Directeur(rice), en cas d'hospitalisation à diriger mon enfant vers l'hôpital Henri Mondor (pour les camps, nous choisirons l'hôpital le plus proche) et à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales, anesthésies...)

Il est entendu que tous les moyens seront mis en oeuvre pour prévenir les responsables de l'enfant.

Je soussigné : ..... en qualité de ..... (parent) autorise mon enfant à quitter l'Accueil de loisirs accompagné par :

..... (lien avec l'enfant) n° tél. .... / ..... (lien avec l'enfant) n° tél. ....  
..... (lien avec l'enfant) n° tél. .... / ..... (lien avec l'enfant) n° tél. ....

Votre signature en fin de document attestera que le Centre Social ALC Quartier Ouest est déchargé de toutes responsabilités à partir de son départ. Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et avoir pris connaissance du règlement de la structure et m'engage à le respecter :

OUI  NON  J'autorise la structure à saisir mes informations personnelles durant 1 année.

OUI  NON  J'autorise la structure à saisir mes informations médicales durant 1 année.

OUI  NON  J'autorise le centre social à communiquer mes coordonnées et quotient familial à la mairie et à CAF pour la tarification en fonction des revenus.



Date et signature