



Fiche d'inscription
Accueil de Loisirs sans hébergement
La Chaise-Dieu
Service Unifié
Casa Mômes



Identité de l'enfant :

Nom : Prénom :

☐ Garçon ☐ Fille

Date et lieu de naissance:

Responsable 1

Nom : Prénoms :

Date de naissance :

Adresse:.....

Téléphone portable :

Mail :

Profession :

Responsable 2

Nom : Prénoms :

Date de naissance :

Adresse:.....

Téléphone portable :

Mail :

Profession :

Numéro CAF ou MSA.....

Personnes habilitées à venir récupérer mon enfant :

Nom Prénom	Qualité	Numéro

Aucun enfant ne pourra quitter L'ALSH sans un responsable légal, tuteur ou personnes renseignées ci-dessus

Je soussigné(e)

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur légal

De l'enfant

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné père, mère, tuteur autorise

- ☐ Oui ☐ Non L'équipe d'animation à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident ou de maladies.
- ☐ Oui ☐ Non Autorise le responsable de la structure à accéder à mon quotient familial CAF via le site mon compte partenaire.
- ☐ Oui ☐ Non A transporté mon enfant en minibus ou autre moyen mis à disposition par la structure, dans le cadre des activités.

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE :

Autorise l'accueil de loisirs Casa Mômes à utiliser photos et vidéos, sans contrepartie pour l'ayant droit :

- ☐ Oui ☐ Non Diffuser des photos et vidéos de mon enfant dans le cadre de promotion d'activités interne (affiche, projets,...)
- ☐ Oui ☐ Non Diffusion des photos et vidéos du mineur dans un cadre externe (site interne, réseaux sociaux, presse,...)

Dossier à revalider une fois par an

Fait à
Le
Signature
responsable 1

Fait à
Le
Signature
responsable 2



Fiche sanitaire

Accueil de Loisirs sans hébergement

La Chaise-Dieu

Service Unifié

Casa Mômes



Commune de La Chaise Dieu

Identité de l'enfant :

Nom : Prénom :

☐ Garçon ☐ Fille

Date et lieu de naissance:

Numéro de Sécurité Sociale de l'enfant :

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

Votre enfant suit-il un traitement médical? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel? (joindre copie PAI).

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) et les dates et précautions à prendre :

Allergies (alimentaires, médicamenteuses, autres) :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

Maladies chroniques (asthme, diabète, etc.) :

Port de lunettes/lentilles, prothèses auditives, appareils dentaires ? ☐ Oui ☐ Non

☐ autres.....

Votre enfant bénéficie-t-il d'une AEEH ? ☐ Oui ☐ Non

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

RUBEOLE ☐ OUI ☐ NON	VARICELLE ☐ OUI ☐ NON	ANGINE ☐ OUI ☐ NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ ☐ OUI ☐ NON	SCARLATINE ☐ OUI ☐ NON
COQUELUCHE ☐ OUI ☐ NON	OTITE ☐ OUI ☐ NON	ROUGEOLE ☐ OUI ☐ NON	OREILLONS ☐ OUI ☐ NON	

Médecin à contacter en cas de nécessité :

Dr :

Adresse :

Téléphone :

Centre hospitalier où adresser mon enfant en priorité :

Adresse :

Téléphone :

Groupe sanguin (si déterminé) :

Je soussigné(e),..... responsable légal de l'enfant..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Accueil de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Liste des pièces justificatives à nous fournir

- ☐ Attestation d'assurance extrascolaire (une par année)
- ☐ Quotient CAF ou MSA (à fournir à chaque changement)
- ☐ Fiche Sanitaire
- ☐ Photocopie du carnet de santé (page vaccins)
- ☐ Copie attestation sécurité sociale
- ☐ Règlement intérieur signé

Dossier à revalider une fois par an