



Accueil de Loisirs Municipal

SERVICE ENFANCE JEUNESSE
MAIRIE - SAINT GEORGES D'ORQUES

MATERNEL

PRIMAIRE

FICHE D'INSCRIPTION

NOM : _____ Prénom : _____ Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Date de naissance : ____/____/____ Adresse : _____ _____ Tél. en cas d'urgence : ____/____/____/____/____	Vérification et mise à jour du dossier (cadre réservé au CLSH)					
	Année					
	Tarif journée					
	Tarif repas					
	Photocopie Pages vaccins					
	Assurance					
	Aides (CAF, CHU, ...)					

Renseignements administratifs	
Nombre d'enfants mineurs à charge dans le foyer : _____	
N° sécurité sociale (qui couvre l'enfant) : ____/____/____/____/____/____/____/____	
Régime de protection sociale : <input type="checkbox"/> Régime général - <input type="checkbox"/> MSA - <input type="checkbox"/> Autres _____	
Aides aux loisirs CAF, N° allocataire _____ Autres aides aux loisirs : _____	

PARENTS situation familiale : marié <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> concubinage <input type="checkbox"/>
--

Père	Mère
NOM : _____	NOM : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Profession : _____	Profession : _____
Adresse (si différente de l'enfant) : _____	Adresse (si différente de l'enfant) : _____
☎ travail : ____/____/____/____/____ ☎ mobile : ____/____/____/____/____ ☎ maison : ____/____/____/____/____ E.mail : _____	☎ travail : ____/____/____/____/____ ☎ mobile : ____/____/____/____/____ ☎ maison : ____/____/____/____/____ E.mail : _____

REPRESENTANT LEGAL (si différent des parents) :

MR / MELLE/ MME : _____

Adresse : _____

☎ Travail ____/____/____/____/____

☎ mobile ____/____/____/____/____

☎ maison ____/____/____/____/____

FICHE SANITAIRE

ALLERGIES :

MEDICAMENTEUSE Oui Non

ALIMENTAIRE Oui Non

ASTHME Oui Non

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

REGIME ALIMENTAIRE (végétarien, sans porc,...) : _____

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (Protocole de surveillance médicale dans le cadre de l'accueil en Alsh)

Mis en place à partir de _____

Les **DIFFICULTES DE SANTE** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation) en précisant les dates et les précautions à prendre : _____

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc. Précisez :

MEDECIN TRAITANT

NOM : _____ ☎/...../...../...../...../

Ville : _____

Je soussigné(e), père - mère - représentant légal* de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du CLSH à prendre, le cas échéant, **toutes les mesures** (hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

(* rayer les mentions inutiles)

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e)père - mère - représentant légal de l'enfant,
déclare exact les renseignements portés sur ce dossier et :

➤ **autorise mon enfant à quitter le CLSH :**

Seul à 18 h 00 s'il est âgé d'au moins 7 ans. oui non

➤ **autorise les personnes nommées ci-dessous à récupérer mon enfant :**

Mr ou Mme ☎/...../...../...../...../
Lien avec l'enfant

Mr ou Mme ☎/...../...../...../...../
Lien avec l'enfant

Mr ou Mme ☎/...../...../...../...../
Lien avec l'enfant

Mr ou Mme ☎/...../...../...../...../
Lien avec l'enfant

➤ **autorise le Service Enfance Jeunesse à prendre en photo mon enfant** et à éventuellement la publier dans le journal municipal, le site Internet du CLSH ou de la municipalité, ou dans les journaux régionaux (Midi Libre, la Gazette...) Oui Non

➤ **autorise mon enfant à participer aux sorties et aux baignades** organisées par le centre (plage, piscine, sorties extérieures).

➤ **avoir pris connaissance du règlement intérieur** du centre et en accepter les conditions.

DATE D'INSCRIPTION : ____/____/____ **Signature :**

Vérification et mise à jour du dossier

DATE : SIGNATURE DES PARENTS :

DATE : SIGNATURE DES PARENTS :

DATE : SIGNATURE DES PARENTS :

DATE : SIGNATURE DES PARENTS :

DATE : SIGNATURE DES PARENTS :