

## 1. L'ENFANT

Nom: ..... Prénom .....

Date de naissance: ..... Lieu: ..... sexe : M  F

Etablissement scolaire : ..... Classe : .....

## 2. ETAT CIVIL DES RESPONSABLES

	Père	Mère	Autre
Nom	.....	.....	.....
Prénom	.....	.....	.....
Adresse	.....	.....	.....
Profession	.....	.....	.....
Tél dom.	.....	.....	.....
Tél port.	.....	.....	.....
Tél prof.	.....	.....	.....
e-mail	.....	.....	.....

### Résidence de l'enfant :

Chez les parents  ou chez la mère  ou chez le père  ou autre  (préciser).....

Autorité parentale conjointe oui  non  Si non, joindre photocopie du jugement

n° d'allocataire CAF : .....

ou n° MSA : .....

Si vous ne percevez pas d'allocations familiales, de quel régime de sécurité sociale dépendez-vous : .....

Etes-vous bénéficiaire d'une aide aux temps libre CAF ou MSA : oui  non

Joindre le justificatif pour application du tarif, QF : .....

## 3. AUTORISATIONS

Je soussigné(e).....,

- Autorise mon enfant à participer aux activités proposées par la CCHB dans le cadre de l'ALSH.
- Autorise mon enfant à prendre un moyen de transport commun pour les sorties pédagogiques
- Autorise le responsable de l'accueil de loisirs ou son représentant à prendre le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de(s) enfants

### Facultatif :

- Autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile :  oui  non
- Autorise l'ALSH à filmer ou photographier mon enfant au cours des activités pour les outils de communication de la CCHB (affiches, site internet) :  oui  non
- Autorise les personnes citées ci-dessous à venir récupérer mon enfant à l'ALSH :

Nom Prénom	Adresse	Téléphone
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

A pris connaissance et accepte le règlement intérieur ci-joint.

Atteste sur l'honneur l'exactitude des informations transmises ci-après.

Fait le.....à.....

Signatures du ou des responsables légaux

Cadre réservé à l'administration : Date de réception de l'inscription : .....

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Document strictement confidentiel.

**Nom de l'enfant :** ..... **Prénom** .....

**Vaccinations :** (Merci de joindre la copie des vaccinations à jour)

Vaccins	oui	non	Dates des rappels
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
BCG			
Hépatite B			
Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Coqueluche			
Autre			

**Allergies :** (Fournir une copie du PAI si votre enfant en possède un)

Allergies	oui	non	Commentaires et conduites à tenir
Asthme			
Alimentaire			
Médicamenteuse			
Autres (préciser laquelle)			

### Traitement

Votre enfant suit-il actuellement un traitement ?     **Oui**    **Non**

Si oui, lequel?.....

**S'il doit le suivre pendant le séjour, merci de joindre l'ordonnance du médecin aux médicaments. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

### Recommandations des parents (alimentaire, lunette, prothèse, traitement médical...)

Votre enfant sait-il nager ?

oui    non

Nom de votre médecin traitant : .....

Numéro de téléphone du médecin traitant : .....

N° SS de l'assuré qui couvre l'enfant : .....

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. L'enfant ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Fait le.....à.....

Signatures du ou des responsables légaux