

Commune de **VILLEDIEU-LE-CHATEAU**

Cochez la ou les cases  PERISCOLAIRE( matin soir)  
 PERISCOLAIRE (mercredi)  
 ALSH VACANCES SCOLAIRES

**FICHE D'INSCRIPTION**

**ENFANT :**

Nom : ..... Prénom : ..... Age : .....

Adresse : ..... Classe : .....

**PERE** – Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. Domicile : ..... Tél. portable : .....

Adresse mail : .....

Tél. employeur : .....

- Régime général** (Tous les salariés des entreprises privées, travailleurs indépendants, Artisans, Commerçants, Agent des collectivités locales, Commissariat de l'énergie atomique, Banque de France, Office National des Forêts)
- Autres (MSA)**

**MERE** – Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. Domicile : ..... Tél. portable : .....

Adresse mail : .....

Tél. employeur : .....

- Régime général** (Tous les salariés des entreprises privées, travailleurs indépendants, Artisans, Commerçants, Agent des collectivités locales, Commissariat de l'énergie atomique, Banque de France, Office National des Forêts)
- Autres (MSA)**

Caisse de rattachement CAF : .....

Nom de l'allocataire : .....

N°allocataire : .....

Je soussigné..... autorise le responsable à consulter mon quotient familial sur le service internet CAFPRO dans le cadre de la facturation, dans le cas contraire je m'engage à fournir une nouvelle attestation chaque année, sous peine d'être facturé au tarif maximum.

# Commune de VILLEDIEU-LE-CHATEAU

## PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

En cas d'accident, l'ALSH s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone à joindre en cas de parents indisponibles :

Lien de parenté : Assistante maternelle, Grands-parents, autres...

Nom et Prénom : .....

Tél. Domicile : ..... Tél. portable : .....

## **FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles, elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

### **ENFANT :**

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe (1) :      Garçon      Fille      Date de naissance : ..... / ..... / .....

Votre enfant a t'il un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ?

Oui      Non

Etes vous concernés par l'AEH (allocation enfant handicapé) ?      Oui      Non

Porte-t-il (elle) des lunettes de vue (1) ?      Oui      Non

Porte-t-il (elle) un appareil dentaire (1) ?      Oui      Non

Porte-t-il (elle) un appareil auditif (1) ?      Oui      Non

Activité (s) pratiquée (s) par l'enfant habituellement : .....

.....

Existe-t-il des contre-indications médicales pour la pratique de certaines activités ? : .....

Si oui, lesquelles ? : .....

### **VACCINATIONS**

**Joindre obligatoirement les photocopies correspondantes au carnet**

### **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (1) :

Rubéole	oui	non	Oreillons	oui	non
Varicelle	oui	non	Otites	oui	non
Rougeole	oui	non	Angine	oui	non
Scarlatine	oui	non	Rhumatismes	oui	non
Coqueluche	oui	non	Poliomyélite	oui	non
Diphthérie	oui	non	Tétanos	oui	non

Commune de **VILLEDIEU-LE-CHATEAU**

**ALLERGIES**

Asthme                    oui                    non                    Alimentaire                    oui                    non  
Médicamenteuses    oui                    non                    Autres                    oui                    non

Précisez les causes de l'allergie et la conduite à tenir

Y a t'il un PAI de mis en place ?    oui                    non

Si oui, merci de fournir une photocopie .....

**AUTRES DIFFICULTES DE SANTE** (indiquez les dates)

- Maladie                    : .....
- Accident                    : .....
- Crises convulsives        : .....
- Hospitalisation            : .....
- Opérations                 : .....
- Rééducations              : .....

**RECOMMANDATION DES PARENTS :**

Actuellement l'enfant suit-il un traitement (1) ?                    oui                    non

Si oui, lequel ? : .....

L'enfant suit-il un régime alimentaire ?                    oui                    non

Précisez : .....

**MEDECIN**

Nom du médecin : ..... Tél. : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal : .....

(1) Rayer la ou les mention(s) inutile(s)

« Lu et approuvé, bon pour accord du règlement »

Fait à Villedieu-Le Château, le

.....

Signature

*Commune de VILLEDIEU-LE-CHATEAU*

**FICHE D'URGENCE**

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. Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

N° SS : .....

\*\*\*\*\*

**AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

Je (nous) soussigné(e)(s), Monsieur et/ou Madame .....autorise(ons)  
L'anesthésie de mon (ma) fils/fille ..... au cas où, victime d'un  
accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

Fait à Villedieu-Le Château, le .....

Signature

\*\*\*\*\*

**AUTORISATION PARENTALE**

Je (nous) soussigné(e)(s), Monsieur et/ou Madame .....autorise(ons)  
le centre de loisirs à prendre mon (notre) enfant ..... en photographie durant une sortie, une  
activité, un goûter, etc en portrait et/ou en groupe et faire paraître les photographies dans le journal  
communal et sur les réseaux sociaux dédiés.

Je (nous) dépose (erons) et je (nous) reprends (rons) mon (notre enfant) auprès du personnel  
d'encadrement comme prévu sur le programme, dans le cas contraire, j' (nous) autorise (ons) :

Nom ..... Prénom : ..... à venir chercher mon (notre) enfant,  
précisez le lien de parenté .....

Fait à Villedieu-Le Château, le .....

Signature