



DOSSIER D'INSCRIPTION

ALSH intercommunal à Chaillac S/Vienne

Renseignements concernant l'enfant :

NOM : _____ PRENOM : _____
Date de naissance : _____ N° Sécurité Sociale : _____

Renseignements concernant les parents :

Nom et adresse de facturation :

Email : _____

Situation familiale :

Marié Concubin Célibataire Divorcés Séparés pacsé

La mère :

Nom, prénom : _____
Profession : _____
Employeur : _____
N° maison : _____
N° portable : _____
N° travail : _____

Le père :

Nom, prénom : _____
Profession : _____
Employeur : _____
N° maison : _____
N° portable : _____
N° travail : _____

Autres adultes autorisés à récupérer l'enfant :

Nom, prénom : _____ Téléphone : _____
Nom, prénom : _____ Téléphone : _____

Une décharge datée et signée d'un parent sera nécessaire pour les personnes non autorisées.

Maladies infantiles déjà contractées

| | | | | | | | |
|------------|--|-----------|--|------------|--|-----------|--|
| Rubéole | | Varicelle | | Scarlatine | | Oreillons | |
| Coqueluche | | Otite | | Rougeole | | | |

Allergies :

Alimentaire OUI NON | Médicamenteuses OUI NON
Asthme OUI NON

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

Antécédent (fracture, hospitalisation...)

CAF : J'autorise : OUI (N°Allocataire)..... NON, la Communauté de Communes POL pour son accueil de loisirs intercommunal de Chaillac Sur Vienne à recueillir des informations concernant mon droit au passeport jeunes auprès de la Caf de la Haute-Vienne afin de vérifier mon éligibilité et de simplifier mes démarches.

Fait à : _____ Le, _____
Signature des parents précédée de la mention « lu et approuvé »

AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGE AUTORISATION DE TRANSPORT ET PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

Je soussigné(e)
dessous :

, responsable légal des enfants cités ci-

- NOM : _____ PRENOM _____

- NOM : _____ PRENOM : _____

- NOM : _____ PRENOM : _____

❖ Déclare céder à l'ALSH de Chaillac, le droit d'utiliser des photos à titre gracieux, dans le cadre d'activités pédagogiques, éducatives et ludiques organisées par le centre (jeux, spectacles, sorties, voyages...) et diffuser dans les journaux, site internet.

Oui Non

❖ Autorise, mon ou mes enfant(s) mentionné(s) ci-dessus à être transportés en bus

Oui Non

❖ Autorise, mon ou mes enfant(s) mentionné(s) ci-dessus à être transportés en mini bus par l'équipe d'animation

Oui Non

❖ Autorise les organismes compétents (gendarmerie, SAMU, pompiers...) à prendre en charge mon ou mes enfant(s) mentionné(s) ci-dessus dans un centre hospitalier en cas d'accident. et à pratiquer toutes les interventions médicales et chirurgicales nécessaires (les parents seront tenus informés par téléphone)

Oui Non

Fait à _____, le _____

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »