



## 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 »