



**ACCUEIL PERISCOLAIRE**  
 **ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT**  
**Saison 2020/2021**

Tranches d'âges : 3 / 5 ans (maternel)  6 / 10 ans (primaire)  11 ans et plus (collège)

NOM de l'enfant : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu : .....

Adresse : .....

Ecole (à la rentrée) : ..... Classe (à la rentrée) .....

Votre enfant sait nager : oui  non  Attestation : oui  non   
(à fournir)

Votre enfant fait-il la sieste oui  non

**LES PARENTS**

**Parent 1 :**

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

N° tél : .....

Portable : .....

Profession : .....

Employeur : .....

N° tél : .....

Adresse mail : .....

**Parent 2 :**

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

N° tél : .....

Portable : .....

Profession : .....

Employeur : .....

N° tél : .....

Quelles sont les personnes autorisées à venir chercher votre enfant :

Noms prénoms : ..... N° tél. : .....

**Renseignements administratifs**

**Documents à fournir :**  Photocopie vaccinations  Photocopie livret de famille  Justificatif domicile

Attestation CAF (N° allocataire + Quotient familial)  Bons vacances MSA **et** attestation de Quotient

familial  Attestation du Comité d'entreprise si participation de celui-ci

Bulletin d'adhésion accompagné du règlement de l'adhésion annuelle.....€

N° Sécurité Sociale : ..... N° allocataire C.A.F : ..... Q F : .....

Numéro allocataire M.S.A : ..... Q F : .....€

**AUTORISATIONS PARENTALES**

Je soussigné(e) Mr, Mme, Melle .....

**J'autorise**  **Je n'autorise pas**  l'équipe pédagogique à filmer et prendre mon (mes) enfant(s) en photos pour le site internet du CSC, pour des articles de presse ou autre support de valorisation des activités des enfants (expos).

*Aucun commerce ne sera fait, ces images ou photos n'auront pour utilité que de valoriser les actions ou services de l'association.*

**J'autorise**  **Je n'autorise pas**  l'équipe pédagogique à transporter mon (mes) enfants dans les mini bus du CSC, ou utiliser les transports en commun pour les sorties extérieures.

**J'autorise**  **je n'autorise pas**  le Centre Socioculturel à conserver mes données personnelles ainsi que les données personnelles et médicales de mon enfant recueillies sur le présent document d'inscription et réservées uniquement au fonctionnement du service.

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## LES VACCINATIONS

Dates des derniers rappels

DT Polio ou Tétracoq : .....  
BCG : .....  
Hépatite B : .....  
Rubéole Oreillon Rougeole : .....  
Coqueluche : .....  
Autres : .....

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Rubéole :    oui         non   
Varicelle :    oui         non   
Rougeole :    oui         non   
Oreillon :    oui         non

## ALLERGIES :

Asthme :            oui         non   
Alimentaire :        oui         non   
Médicamenteuse : oui         non

## DIFFICULTES DE SANTE (préciser la nature, les précautions à prendre et les recommandations)

.....  
.....  
.....

L'enfant suit-il un traitement médical :    oui             non     (Si oui joindre une ordonnance)

Nom, adresse et N° tél de votre médecin traitant :.....  
.....

## RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Je soussigné(e),.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'ALSH du CSC à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je reconnais aussi avoir pris connaissance du Règlement Intérieur de la Maison de l'Enfance, Accueil de Loisirs et Accueil Périscolaire.

A Confolens, Le .....

Signature