# **Z:\BUREAU\SECRETARIAT\COURRIERS\2015\courrier entête vierge et bordereau vierge\LOGO CSC.JPG ACCUEIL PERISCOLAIRE**

# **ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT**

## Saison 2024/2025

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

###### NOM de l’enfant : ………………………………… Prénom : …………………………………………

###### Date de naissance : ……………………………… Lieu : ……………………………………………..

**Adresse : ………………………………………………………………………………………………………….**

**Ecole** (à la rentrée 23) **:………………………………….Classe** (à la rentrée 23)**……………………………**

###### Votre enfant sait nager : oui Ο non Ο Attestation : oui Ο non Ο

 (à fournir)

###### Votre enfant fait-il la sieste oui Ο non Ο

### LES PARENTS

**Parent 1 :**  **Parent 2 :**

NOM : ………………………………………… NOM : ……………………………………………...

Prénom : ……………………………………… Prénom : ………………………………….….……

Adresse : ……………………………………… Adresse : ……………………………………….….

………………………………………………. …………………………………………………...

N° tél : ……………………………………….. N° tél : ……………………………………….……

Portable : ……………………………………… Portable : …………………………………….……

Profession : …………………………………… Profession : ………………………………….…….

Employeur : …………………………………… Employeur : ………………………………………..

N° tél : ……………………………………….. N° tél : ……………………………………….……

Adresse mail :……………………………………………………………………………………………………

Quelles sont les personnes autorisées à venir chercher votre enfant :

Noms prénoms : …………………………………….. N° tél. : …………………………………………...

**Renseignements administratifs**

**Documents à fournir :** ΟPhotocopie vaccinations ΟPhotocopie livret de famille ΟJustificatif domicile

ΟAttestation CAF (N°allocataire+Quotient familial) ΟBons vacances MSA **et** attestation de Quotient familial ΟAttestation du Comité d’entreprise si participation de celui-ci

ΟBulletin 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 Ο non Ο

Varicelle : oui Ο non Ο

Rougeole : oui Ο non Ο

Oreillon : oui Ο non Ο

**ALLERGIES**:

Asthme : oui Ο non Ο

Alimentaire : oui Ο non Ο

Médicamenteuse : oui Ο non Ο

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

L’enfant suit-il un traitement médical : oui Ο non Ο (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.,
* adhérer au fonctionnement ALSH émancipateur

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

Centre Socio-culturel du Confolentais

2, rue St Michel 16500 CONFOLENS

Tél :05 45 84 00 43 / 07 83 12 15 38 accueil@cscc16.fr http://confolentais@centres-sociaux.fr