



ACCUEIL PERISCOLAIRE
 ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT
Saison 2024/2025

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 23) : Classe (à la rentrée 23).....

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.,
- 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