



DOSSIER D'INSCRIPTION 2018 - 2019

ALP 3 -11 ANS / ALSH 3-11 ans



La tribu

Chemin Des Courrèges - 34270 LES MATELLES

L'ENFANT :

Nom :

Prénom :

Sexe : Masculin Féminin

Né-e le : ... / ... / Ville :

Adresse :

.....

.....

Photo

RESPONSABLE LEGAL :

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Parenté :	Parenté :
Adresse :	Adresse :
Ville :	Ville :
Code postal :	Code postal :
Téléphone fixe :	Téléphone fixe :
Téléphone portable :	Téléphone portable :
e-mail :	e-mail :
Situation familiale :	Situation familiale :
Profession :	Profession :
Nombre d'enfants composant le foyer :	Nombre d'enfants composant le foyer :
Sécurité sociale de rattachement de l'enfant : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/>	
N° de Sécurité Sociale : .../.../.../.../.../... N° allocataire CAF :	
Quotient familial : (fournir l'attestation CAF)	
Régime allocataire : <input type="checkbox"/> Général (Sécu So.) <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre	
Compagnie d'assurance de la RC : N° de police d'assurance en RC :	

Je (nous) soussigné(e)(ions)..... responsable(s) légal(aux) de l'enfant certifie(i)ons l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

A Le.....

Signature(s)

FICHE SANITAIRE

1. ENFANT

NOM :

Date de Naissance :

Prénom :

Sexe* : Garçon Fille

2. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccins Obligatoires			Dates Des Derniers Rappels	Vaccins Recommandés			Dates
	Oui	Non			Oui	Non	
Diptérie				Hépatite B			
Tétanos				R O R			
Poliomyélite				Coqueluche			
Ou DT polio				BCG			
Ou Tétra coq				Autres			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication (attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication)

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

· Si l'enfant suit un traitement médical durant la semaine, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant)

· L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes* ?

Rubéole Coqueluche Varicelle Otite Angine Rougeole
 Rhumatisme articulaire aigu Oreillons Scarlatine Autres

· Allergies* : Asthme Alimentaires Médicamenteuses Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

Indiquez ci-après les difficultés de santé et autres (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires,...

5. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM Prénom Adresse

Tél. fixe (et portable) du domicile : du bureau

NOM et Tél. du médecin traitant

Sécurité sociale de rattachement de l'enfant : N° :

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

DATE ET SIGNATURE