

DOSSIER D'ADMISSION

STRUCTURES ENFANCE-JEUNESSE ALSH 3-17 ANS

FICHE FAMILLE	
Année scolaire : 20 .. /20 ..	
Parent 1 :	Parent 2 :
<p>Nom :Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>CP _ _ _ _ _ Commune</p> <p>Tél. principal : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>E-mail (pour recevoir l'inscription) :@.....</p> <p>Régime allocataire : CAF : <input type="checkbox"/> MSA : <input type="checkbox"/></p> <p>N° allocataire :</p> <p>Profession :</p> <p>Tél. travail : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Tél portable : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Responsable légal : <input type="checkbox"/></p> <p>Situation familiale : <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Union maritale <input type="checkbox"/> Veuf(ve)</p>	<p>Nom :Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>CP _ _ _ _ _ Commune</p> <p>Tél. principal : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>E-mail (pour recevoir l'inscription) :@.....</p> <p>Régime allocataire : CAF : <input type="checkbox"/> MSA : <input type="checkbox"/></p> <p>N° allocataire :</p> <p>Profession :</p> <p>Tél. travail : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Tél portable : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Responsable légal : <input type="checkbox"/></p>
FICHE ENFANT	
<p>Nom :Prénom :</p> <p>Adresse (si différente des parents) :</p> <p>CP : _ _ _ _ _ Commune :</p> <p>Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _</p> <p>Garçon : <input type="checkbox"/> Fille : <input type="checkbox"/></p> <p>Etablissement scolaire :</p> <p>Classe :</p>	

AUTORISATIONS PARENTALES

l'enfant repart seul à son domicile

Personnes autorisées à récupérer l'enfant	Personnes à prévenir en cas d'urgence	NOMS	PRENOMS	Liens de parenté	Numéros de téléphones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				



Durant cette année j'autorise mon enfant

➤ A voyager en transports collectifs.....

➤ J'autorise mon enfant à être pris en photos/vidéos :

- Pour affichage dans l'enceinte de la structure : oui non
- pour diffusion auprès des parents : oui non
- pour diffusion dans la presse locale : oui non
- pour tout support de communication édités par Haute Corrèze Communauté (ex : magazines, brochures, dépliants...): oui non
- Pour une diffusion sur le site internet <http://www.hautecorrezecommunaute.fr/> : oui non
- Pour diffusion sur les réseaux sociaux de Haute Corrèze Communauté : oui non
- pour diffusion des vidéos sur la chaîne Haute-Corrèze Communauté « you tube » : oui non

Je m'engage à signaler auprès des responsables par écrit toute modification concernant les renseignements et/ou autorisation(s).

Je soussigné(e) Monsieur et/ou Madame,, responsable(s) de l'enfant, déclare :

- avoir pris connaissance et compris la réglementation intérieure de l'accueil de loisirs.
- accepter ce règlement.
- Accepter que Haute Corrèze Communauté consulte mon compte CAF pour accéder à mon Quotient Familial.
- Accepter que mon enfant participe aux sorties organisées par le service.

Le.....

À.....

**Signature des personnes
exerçant l'autorité parentale**

INSCRIPTION STRUCTURES ENFANCE-JEUNESSE ALSH 3-17 ANS

Pièces justificatives obligatoires

- Vaccins à jours (DTP obligatoire)
- Avis d'imposition de l'année précédente
- Assurance extrascolaire et périscolaire de l'année en cours
- Attestation CAF/MSA avec numéro d'allocataire et Quotient Familial
- Bons CAF (facultatif)
- Projet d'Accueil Individualisé (facultatif)
- Diplôme de natation « PAN » ou « aisance aquatique » si possession (facultatif)

Contacts

Cheffe de service adjoint r Accueil Multi-Sites Chavanon :
Sandie MICHELON : 06 30 90 32 64
smichelon@hautecorrezecommunaute.fr
Merlines / Eygurande : 07 62 34 02 14

Chef de service adjoint Accueil Multi-Sites Haute-Dordogne :
Vincent PIAROTAS : 07 62 33 77 50
vpiarotas@hautecorrezecommunaute.fr
Neuvic : 05 55 95 85 88 Liginiac : 05 55 95 91 17

Chef de service adjoint Accueil Multi-Sites Plateau :
Kevin MORIN : 07 62 33 99 58
kmorin@hautecorrezecommunaute.fr
Sornac : 09 61 32 78 59 Bugeat : 09 64 15 13 35
Peyrelevade : 06 75 95 22 54 La Courtine : 07 63 04 40 87

Accueil Haute-Corrèze Communauté : 05 55 95 35 38

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année scolaire 20 . . / 20 . .

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

1. L'ENFANT

Noms : Prénoms :

Date de naissance : Sexe : Garçon Fille

En cas d'urgence et/ou de besoin, j'autorise la structure à présenter mon enfant à un médecin ou faire intervenir les services d'urgences.

Noms et prénoms du médecin traitant.....

Adresse du médecin :

N° de téléphone du médecin :

Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

2. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Parent 1 :

Noms :

Prénoms :

Numéro(s) de téléphone à contacter (en cas d'urgence) :

Parent 2 :

Noms :

Prénoms :

Numéro(s) de téléphone à contacter (en cas d'urgence) :

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical : oui non

Si oui lequel ?.....

(Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de fournir une ordonnance)

Régime alimentaire particulier : oui non

Si oui, lequel :

Des allergies se sont-elles déjà manifestées chez votre enfant ? oui non

Alimentaire Asthme Médicamenteuse

Cause de (des) l'allergie(s) et conduites à tenir :

.....
.....
Votre enfant a-t-il un protocole d'accueil individualisé (PAI) : oui non
Si oui, lequel :

Indiquez ici les autres difficultés de santé, en précisant les dates et les précautions à prendre :
(Maladies, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

...../...../.....

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

Otite : <input type="checkbox"/>	Varicelle : <input type="checkbox"/>	Coqueluche : <input type="checkbox"/>
Angine : <input type="checkbox"/>	Oreillons : <input type="checkbox"/>	Rhumatisme : <input type="checkbox"/>
Asthme : <input type="checkbox"/>	Rougeole : <input type="checkbox"/>	
Rubéole : <input type="checkbox"/>	Scarlatine : <input type="checkbox"/>	

4. VACCINATIONS

(joindre les photocopies des pages du carnet de vaccination)

⇒ Le vaccin DTP est **obligatoire** dans le cadre de la participation de l'enfant aux activités

5. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

(Votre enfant porte-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ? Votre enfant a-t-il des peurs dont vous voulez nous faire part ?)

.....
.....

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

DATE :

**Signature des personnes
exerçant l'autorité parentale**