



Dossier d'inscription



Ce dossier d'inscription est valable durant toute la durée de fréquentation de l'enfant. Une signature vous sera demandée chaque année. Des modifications pourront y être apportées.

Fiche de renseignements

Nom / Prénom de l'enfant :

Né(e) le : à

Sexe : Féminin Masculin

Adresse :

Etablissement scolaire :

Nom de l'enseignant : Niveau :

Situation de la famille :

Mariés Pacsés Célibataire Veuf(ve) Concubinage ou vie maritale

Divorcés Séparés

En cas de séparation, qui a la garde de l'enfant ? : Père Mère Tuteur Garde alternée

En cas de séparation ou de divorce des parents, si l'un des parents est déchu de son autorité parentale, il est indispensable de fournir un justificatif (copie du jugement de divorce, ...).

Coordonnées de la Mère :

Nom : Prénom :

Adresse :

☎ Domicile : Mobile : Travail :

Lieu de travail : Mail :

Coordonnées du Père :

Nom : Prénom :

Adresse :

☎ Domicile : Mobile : Travail :

Lieu de travail : Mail :

Personne(s) à joindre en cas d'urgence :

■ Nom, prénom, lien de parenté : ☎ Téléphone :

■ Nom, prénom, lien de parenté : ☎ Téléphone :

■ Nom, prénom, lien de parenté : ☎ Téléphone :

■ Nom, prénom, lien de parenté : ☎ Téléphone :

Fiche sanitaire de liaison

Nom du médecin traitant :

☎ Numéro de Téléphone :

Groupe sanguin de l'enfant :

Enfant : nageur non nageur en cour :

Vaccinations

Antivariolique, B.C.G., autre vaccins

- **Joindre la photocopie des pages correspondantes du carnet de santé**

Renseignements médicaux

Varicelle	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Coqueluche	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Oreillon	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Asthme	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Rubéole	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Otite	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Angine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Allergies :

Alimentaire Asthme Médicamenteuse

Causes et conduite à tenir :

Traitement en cours : fournir impérativement l'ordonnance médicale

Déclaration du responsable légal

Je soussigné(e), Mr, Mme ⁽¹⁾

Père, mère ou tuteur ⁽¹⁾ de l'enfant

Autorise :

A faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgences, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.

Autorise en outre mon enfant à participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs.

A Le

Signature :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

(1) Rayer la mention inutile

Aides financière et assurances

Caisse d'Allocations Familiales

N°

allocataire

A noter obligatoirement si vous appartenez au régime général, même si vous ne bénéficiez pas des aides.

L'enfant a-t-il droit au passeport vacances ? **Photocopie du passeport jeunes**

OUI

NON

J'autorise l'ALSH « le Monde de Babaudus », Mairie de Rochechouart à recueillir des informations concernant mon droit au passeport jeunes auprès de la CAF de la Haute-Vienne afin de vérifier mon éligibilité et de simplifier mes démarches.

J'autorise la personne qui inscrit l'enfant à utiliser mon passeport CAF.

Assurances

N° S.S, MGEN ou M.S.A dont dépend le jeune

Bénéficiez-vous d'une mutuelle complémentaire ?

Oui

Non

Si oui, laquelle

N°

Bénéficiez-vous d'une assurance scolaire ?

Oui

Non

Si oui, laquelle

N°

Bénéficiez-vous d'une assurance extra-scolaire ?

Oui

Non

Si oui, laquelle

N°

Garantie t'elle l'individuel accident ?

Oui

Non

Si vous ne bénéficiez pas d'une assurance extra-scolaire, ou si cette dernière ne garantit pas l'individuel accident, conformément à la législation, nous vous informons de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personne ayant pour objet de proposer des garanties forfaitaires en cas de dommage corporel.

Joindre obligatoirement la photocopie de votre assurance extra-scolaire.

Service Animation Locale

05.55.43.00.89

07.75.20.81.72

Garderie des mercredis : 06.30.86.76.62

Babaudus les vacances : 05.55.03.74.28

jeunesse@rochechouart.com

Facebook : Babaudus Rochechouart

Autorisations diverses

Je soussigné(e), Mr, Mme⁽¹⁾

Père, Mère, tuteur légal de l'enfant⁽¹⁾ :

➤ **Autorise mon enfant à :**

- A rentrer seul après la sortie de l'accueil de loisirs de Babaudus :

Les mercredis entre 17h30 et 18h30 : OUI NON

Les vacances scolaires entre 17h20 et 18h00 : OUI NON

➤ **Autorise Mr,Mme à récupérer mon enfant :**

➤ Mr, Mme⁽¹⁾

➤ Mr, Mme⁽¹⁾

➤ Mr, Mme⁽¹⁾

➤ Mr, Mme⁽¹⁾

➤ **Autorise :**

Mon enfant à monter dans les transports en commun (grand bus ou minibus) pour effectuer différents trajets (accueil de loisirs, activités, sorties...)

L'équipe d'animation à donner les médicaments indiqués sur l'ordonnance remise par les parents.

L'équipe d'animation à enlever une tique ou une écharde et à désinfecter.

La diffusion de photographies, de vidéos et d'enregistrements sonores de mon enfant.

Sur le temps d'encadrement, la collectivité ne pourra en aucun cas être tenue pour responsable en cas de perte de bijoux, montres, baladeurs, jeux etc...

Fait à : _____
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Le _____

Modifier le :
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Modifier le :
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Modifier le :
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Modifier le :
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Modifier le :
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Modifier le :
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »