

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :

Maison Pour Tous de la Masse

Dossier d'inscription ALSH 13-17ANS



JEUNE

- ❖ Nom et prénom :
- ❖ Lieu de naissance :
- ❖ Adresse :

Code Postal : Ville :

- ❖ Téléphone jeune :
- ❖ Adresse mail :

- Adhérent au centre social
 - Jeune
 - Famille

RESPONSABLE LEGAL

- Père / Mère / Tuteur

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

- ❖ Téléphone parent ou tuteur 1 :
- ❖ Téléphone parent ou tuteur 2 :
- ❖ Adresse mail :

PIECES JUSTIFICATIVES

- Copie de l'attestation CAF
- Copie de l'attestation d'assurance extrascolaire ou responsabilité civile individuelle
- Copie de l'attestation de sécurité sociale
- Copie des doubles pages de vaccination
- Fiche sanitaire

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Les personnes à contacter en mon absence, qui s'engagent à accueillir mon enfant en cas de retour anticipé suite à un problème de santé ou un renvoi

1/NOM :

PRENOM :

Lien de parenté :

Adresse :

Téléphone :

2/NOM :

PRENOM :

Lien de parenté :

Adresse :

Téléphone :

Autorisation parentale

- **Je soussigné (e), Mr, Mme :**
- **Responsable légal de l'enfant :**
- **Médecin traitant : (nom + n° tel) :**

- Je m'engage à couvrir mon enfant dans le cadre des assurances sociales et complémentaires lui garantissant une indemnisation totale dans l'hypothèse d'un dommage corporel ou autre.
- J'autorise mon enfant à participer aux activités et sorties sportives, culturelles, de loisirs organisées dans le cadre de l'ALSH.
- Je décharge les organisateurs de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir en dehors des heures d'inscriptions à l'ALSH.
- J'autorise les organisateurs à prendre les mesures nécessaires en cas d'accident, en cas d'urgence médicale et m'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés en raison des soins engagés.
- J'autorise mon enfant à rentrer seul à la maison **OUI** **NON**
- J'autorise mon enfant lors des sorties organisées dans le cadre de l'ALSH à être conduit en minibus par les agents de la ville d'Agen **ou** utiliser les transports en commun **ou** être transporté par une entreprise de bus. **OUI** **NON**
- Je déclare autoriser La Maison Pour Tous de La Masse à photographier et/ou filmer mon enfant dans le cadre de l'ALSH; reproduire et diffuser en partie ou en totalité ces images sur tout support (papier, numérique, magnétique, tissu, plastique, site internet de la ville etc.) et intégrées à tout autre matériel (photographie, dessin, illustration, peinture, vidéo, animations etc.).

OUI
NON

J'ai pris connaissance des conditions d'inscription et de fonctionnement de l'Accompagnement Scolaire de la Maison Pour Tous de la Masse

A _____,

le _____

Signature du responsable légal de l'enfant
Précédée de la mention « lu et approuvé >>

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

- NOM :
- PRÉNOM :
- DATE DE NAISSANCE :
- GARÇON FILLE

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) pas de photocopie

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accompagnement à la scolarité :

➤ Oui Non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants: **boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)**
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE 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"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES :

ASTHME oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non

AUTRES (PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR)

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....
.....
.....
.....
INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ :

.....
.....

4 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

- **NOM :**
- **ADRESSE :**

- **TEL PORTABLE:**
- **TEL DOMICILE :**
- **TEL BUREAU :**

- **NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF):**

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :