

# ALSH

## 2018-2019

### FICHE D'INSCRIPTION

#### ENFANT :

NOM : Prénom :  
Age : Nationalité :  
Sexe : né(e) le : / / lieu :  
N° de sécurité sociale :

#### FAMILLE :

Noms du (ou des) responsable(s) :  
Adresse : Téléphone responsable 1 :  
Téléphone responsable 2 :  
Quartier : E-Mail : @  
Situation familiale : Régime de sécurité sociale :  
Nombre total d'enfants : Assurance :  
Nombre d'enfants à charge : N° police assurance :

#### Responsable 1 :

#### Responsable 2 :

Nom :	Prénom :	Nom :	Prénom :
Adresse :			
Né(e) le : / /	lieu :	Né(e) le : / /	lieu :
Nationalité :		Nationalité :	
Téléphone :		Téléphone :	
Mobile :		Mobile :	
N° sécurité sociale :		N° sécurité sociale :	
N°allocataire CAF :		N°allocataire CAF :	
Profession :		Profession :	
Employeur :		Employeur :	
Téléphone travail :		Téléphone travail :	
Autorité parentale oui / non		Autorité parentale oui / non	

#### Informations scolaires :

Année scolaire : 2018-2019 Ecole :  
Classe : Nom de l'enseignant :

#### Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom/Prénom	Adresse	Téléphone domicile	Téléphone portable	Lien avec la famille

#### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom/Prénom	Adresse	Téléphone domicile	Téléphone portable	Lien avec la famille

--	--	--	--	--

**Autorisations :**

Autorisation	
Autorisation consultation du quotient familial CAF	oui
Autorisation d'hospitalisation/urgence	oui
Autorisation de filmer et photographier ALSH	oui
Autorisation de filmer et photographier périscolaire	oui
Autorisation de quitter seul(e) ALSH	non
Autorisation de quitter seul(e) l'accueil périscolaire du soir	non
Informations sur l'ALSH	

**Informations santé/alimentation/allergie de l'enfant :**

Nature	oui/non	Merci de préciser la cause de l'allergie (l'aliment, le médicament concerné...)	Existence d'un Projet d'accueil individualisé (PAI) oui/non *	Conduite à tenir, médicaments....
Allergie alimentaire				
Asthme				
Allergie médicamenteuse				
Autres (ex : sans viande, insectes..)				

**\*PAI à faire au plus vite avec le directeur/trice**

**Vaccins :**

Vaccins	obligatoire	Date dernière vaccination	Date prochaine vaccination
COQUELUCHE	oui		
DT/POLIO	oui		
ROR	oui		

**Médecin :**

Nom du médecin	spécialité	adresse	téléphone	ville

**Indiquer ci-après :**

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération .....

**Autres précautions à prendre :**

Fait à :

le :

signature :

**Pièces à joindre obligatoirement au dossier d'inscription :**

- Photocopie des pages de vaccination du carnet de santé
- Dernier avis d'imposition.