

Fiche à déposer à l'ALSH

(Bureau enfance-jeunesse, rue du stade à Meucon ou à l'accueil de l'ALSH dans les locaux de l'école publique maternelle les mercredis et jours de vacances)

Avec les autres documents à fournir :

- Le coupon du **règlement intérieur de l'ALSH** signé
- Une **attestation d'Assurance** responsabilité civile
- Une **attestation du Quotient Familial** (si résidant à Meucon ou à Locmaria-Grand-Champ)
- Une photocopie des **bons CAF AZUR** le cas échéant
- Photocopie des **pages de vaccinations** du carnet de santé
- Photocopie du **PAI** le cas échéant
- **RIB** (mise en place du prélèvement automatique systématique)
- Autorisation/droit à l'image
- Les **fiches de réservation** selon vos besoins (pour Locmaria-Grand-Champ)

L'ENFANT

NOM : PRENOM :
 DATE DE NAISSANCE :/...../..... AGE : ans Sexe : M ☐ F ☐
 Nom de l'école : Classe : Nom de l'enseignant :

RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX)

☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur.trice légal.e

Parent 1 :
 Adresse :
 CP : Ville :
 Téléphone domicile :/...../...../...../..... Téléphone portable :/...../...../...../.....
 Téléphone travail :/...../...../...../.....
 E-mail :@.....

Parent 2 :
 Adresse :
 CP : Ville :
 Téléphone domicile :/...../...../...../..... Téléphone portable :/...../...../...../.....
 Téléphone travail :/...../...../...../.....
 E-mail :@.....

Régime d'appartenance : ☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre

N° allocataire CAF : 0 Ou **Numéro MSA :**

Autorisez-vous la direction de l'ALSH à consulter votre QF via CAF PRO (avec le n° allocataire) : ☐ Oui ☐ Non

Quotient familial : **Date d'effet :**

Bénéficiaire des bons : ☐ Bons CAF (si oui, merci de nous les transmettre)

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné-e Madame, Monsieur (nom des parents ou tuteur.trice légal.e)

☐ autorise mon enfant à rentrer seul

☐ n'autorise pas mon enfant à rentrer seul

☐ autorise à venir chercher mon enfant en cas de retard ou d'indisponibilités (autre que les parents) :

	NOM - Prénom	Adresse	CP - Ville	N° téléphone	Lien avec l'enfant
1					
2					

URGENCES MEDICALES

Médecin traitant :

Tél :

En cas d'urgences, je demande à contacter prioritairement : ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur.trice légal.e

Si nous ne parvenons pas à vous joindre, vous souhaitez que nous prévenions :

	NOM - Prénom	Adresse	CP - Ville	N° téléphone	Lien avec l'enfant
1					
2					

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

☐ Varicelle

☐ Angine

☐ Rhumatisme

☐ Scarlatine

☐ Coqueluche

Allergies ou Régime alimentaire particulier :

☐ Asthme

☐ Autres :

☐ Médicamenteuses

☐ Alimentaires

Merci de préciser :

☐ PAI :

Merci de nous fournir les médicaments avec une ordonnance / une photocopie du P.A.I

Recommandations utiles des parents :

Précisez si votre enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, dentaires ou autres renseignements que vous jugez utiles de nous transmettre :

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

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné.e Madame, Monsieur

☐ Mère

☐ Père

☐ Tuteur légal

AUTORISE l'accueil de loisirs de Meucon/Locmaria-Grand-Champ à :

- Ce que mon enfant participe à toutes les activités proposées à l'accueil de loisirs.

- Présenter mon enfant au médecin désigné ou si celui-ci était indisponible à tout autre médecin.

- A prendre toutes les dispositions jugées utiles en cas d'accident ou de maladie, pour faire soigner mon enfant, à faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgences.

Fait à, le

Signature du ou des responsables légaux