

ALSH MEUCON / LOCMARIA-GRAND-CHAMP

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
- Le coupon d'accès à l'Espace Famille
- Une **attestation d'Assurance** responsabilité civile
- Une **attestation du Quotient Familial** (si résidant à Meucon ou à Locmaria-Grand-Champ)
- 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