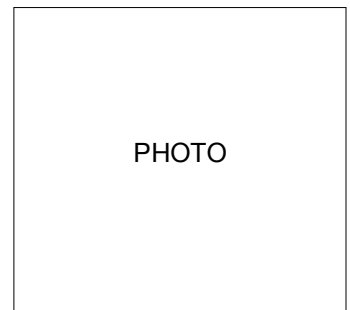


Nom :
 Prénom(s) :
 Date de Naissance :
 Ecole :
 Classe :



DATE DE MISE A JOUR DU DOSSIER									



Dossier Unique d'Inscription
 « Fiche de renseignements »
Accueil de Loisirs Sans Hébergement (A.L.S.H)
 « Les Farfadets »
 19 avenue de la Marne
 65400 Argelès-Gazost
 Tel : 05 62 97 90 66 – 06 80 81 22 86
lesfarfadets65@wanadoo.fr

Documents à joindre à ce dossier :

- Fiche Sanitaire de Liaison (Cerfa Ministère de la Jeunesse et des Sports)
- Photocopie du carnet de vaccination
- Acte d'engagement au respect du règlement intérieur
- Attestation d'assurance responsabilité civile et accident
- Attestation Quotient Familial C.A.F.

Signature de Mère, précédée de la mention « lu et approuvée » :

Nom :
 Prénom :
 Fait à :
 Le :

Signature de Père, précédée de la mention « lu et approuvée » :

Nom :
 Prénom :
 Fait à :
 Le :

Signature du tuteur légal, précédée de la mention « lu et approuvée » :

Nom :
 Prénom :
 Fait à :
 Le :

Responsable Légal de l'enfant

	Mère	Père
	Nom de jeune fille : Nom marital : Prénom :	Nom marital : Prénom :
Profession		
Employeur		
Situation de famille	<input type="checkbox"/> marié(e) / <input type="checkbox"/> vie maritale	
	<input type="checkbox"/> séparée / divorcée	<input type="checkbox"/> séparé / divorcé
	<input type="checkbox"/> remariée <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf	<input type="checkbox"/> remarié <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf
Garde si séparation des parents		
Adresse postale		
Adresse Mail		
N° de téléphone	Domicile :	Domicile :
	Portable :	Portable :
	Travail :	Travail :
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Par principe, le père et la mère exercent conjointement l'autorité parentale, sauf dans le cas d'une décision de Justice ou d'une famille naturelle. En l'absence d'information remise au responsable de l'accueil de loisirs (au moyen d'une copie d'un acte judiciaire tel que la partie du jugement de divorce ou de séparation précisant les modalités de garde de l'enfant ou d'une déclaration conjointe d'un acte de communauté de vie), chacun des deux parents a les mêmes droits, notamment pour que l'enfant lui soit confié.

Personne(s) à contacter en cas d'accident ou de maladie :

1 / Nom –Prénom :	Tél :	Lien de parenté :
2 / Nom –Prénom :	Tél :	Lien de parenté :
3 / Nom –Prénom :	Tél :	Lien de parenté :
4 / Nom –Prénom :	Tél :	Lien de parenté :

CAF / MSA :

N° Allocataire :

Attention : Pensez à nous fournir votre coefficient CAF afin d'ajuster vos tarifs (La CAF met à jour le coefficient caf tous les 3 mois)

Responsable Financier - Facturation

Nom : Prénom :

Père – Mère – Tuteur :

Adresse :

Tél :

Accepte oui non de recevoir les factures par mail. Si oui, veuillez écrire lisiblement votre adresse mail :

@

Assurance :

Compagnie :

TEL:

N° de police :

Informations sanitaires :

N° de Sécurité Sociale :

Les vaccins :	Date vaccins :
Diphtérie Tétanos Poliomyélite (DTP)	
Coqueluche	
Haemophilus	
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)	
Hépatite B	
Pneumocoque	
BCG	
Autre(s) préciser :	

*Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Allergies :

Asthme Alimentaires Médicamenteuses Autres

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

Médecin traitant :

Nom : Prénom : Téléphone :

Je soussigné(e).....

Responsable de l'enfant

Autorise :

- Que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs.
 Oui Non
- Que les photographies de mon enfant pourront être utilisées pour des supports de communication
 Oui Non
- Les responsables de l'accueil de loisirs à faire soigner mon enfant et faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin et m'engage à payer les frais médicaux
 Oui Non
- Le transport de mon enfant autocar et minibus
 Oui Non
- Mon enfant à quitter seul l'accueil de Loisirs (à partir de l'élémentaire)
 Oui Non
- Les responsables de l'Accueil de Loisirs à utiliser mon adresse mail pour me communiquer diverses informations
 Oui Non
- Mon enfant est autorisé à aller à la piscine
 Oui Non

Certifie avoir pris connaissance :

- Du règlement intérieur de la structure où mon enfant est inscrit et en accepte les termes
- Des nouveaux tarifs et des modalités de règlement
- Certifie exact les informations indiquées sur cette fiche et m'engage à signaler tout changement pouvant les modifier.

Personne(s) autorisée(s) à récupérer l'enfant :

Nom –Prénom : Tél : Lien :

Nom –Prénom : Tél : Lien :

Nom –Prénom : Tél : Lien :

Observations que vous jugez nécessaires de porter à l'attention de l'équipe d'animation:

