DOSSIER INSCRIPTION 2020/2021

Dossier périscolaire et extrascolaire

Nom de l'enfant : **Prénom :**

Niveau scolaire 2020/2021 :

PIECES A FOURNIR

	Copie du livret de famille (ne pas fournir pour un renouvellement sauf si changement familial)	
	1 photo portrait récente de l'enfant	
	Fiche sanitaire de liaison (document joint) **ATTENTION** une partie est à faire compléter par le médecin Copies du carnet de vaccinations	
	Attestation d'assurance en responsabilité civile ou extrascolaire pour l'année 2020-2021.	
	Numéro CAF (Hérault) – dossier à jour faute de quoi vous devrez nous transmettre : . Copie de la feuille d'imposition des revenus 2018 déclarés en 2019 (à compter de janvier 2021 vous devrez transmettre la copie des revenus 2019 déclarés en 2020)	
	Bénéficiaire de l'AIDE aux TEMPS LIBRES, copie de la notification délivrée par la CAF	
	Règlement intérieur signé (visible sur le portail ou disponible au bureau)	

DEPOT des dossiers au plus tard le 31 juillet 2020

Directement à l'accueil de loisirs ou en envoyant tous les documents scannés.

ATTENTION : seuls les dossiers complets seront traités.

Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à contacter l'Accueil de Loisirs « Le Pays des Etoiles » :

- soit par téléphone : 04 67 16 23 15
- soit par mail : portail-famille@ville-saintbres.fr

Cordialement,

Le service administratif à votre service.

Saint-Brès
Une passerelle vers l'avenir

ALSH
ACCUEIL DE LOISIRS DE SAINT-BRES

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

Nom :.....

Prénom :.....

Date de naissance :...../...../.....

GARCON □ FILLE □

PHOTO DE L'ENFANT

2 - CERTIFICAT MEDICAL (A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN)

Je soussigné(e) Docteur .....

Atteste que l'enfant : .....âgé(e) de .....

Est apte à la vie collective, à pratiquer toutes les activités de l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement sur site ou lors des sorties et qu'il est à jour de ses vaccinations.

Joindre la photocopie du carnet de santé avec inscription du nom de l'enfant (OBLIGATOIRE).
SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION.
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI □ NON □

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boites de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice.)

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE DONNE ET PRIS SANS ORDONNANCE

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? (ENTOUREZ SI OUI)

RUBEOLE VARICELLE ANGINE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ SCARLATINE

COQUELUCHE OTITE ROUGEOLE OREILLONS

ALLERGIES : ASTHME ALLERGIES ALIMENTAIRES ALLERGIES MEDICAMENTEUSES

AUTRES .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES TOUTES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE (ANTECEDENTS ET PATHOLOGIES EN COURS) :

.....

.....

Fait à .....

Le .....

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

A COMPLETER PAR LES FAMILLES

---

4 - RECOMMANDANTIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, OU AUTRES.....PRECISEZ :

.....

.....

.....

---

5 – RESPONSABLE LEGAL DU MINEUR

(En cas de séparation des parents, joindre la partie du jugement fixant les modalités de garde)

Nom :..... **Prénom :**.....

Adresse :.....

.....

Coordonnées :

Mère : domicile _____ portable _____ travail _____

Adresse mail : .....

Père : domicile _____ portable _____ travail _____

Adresse mail : .....

AUTORISATIONS :

(Merci de cocher les cases correspondantes)

J'autorise mon enfant :

- ☐ à participer aux sorties
- ☐ à apparaître en photos dans le cadre de publications municipales valorisant les activités proposées
- ☐ à rentrer seul

Personnes autorisées à récupérer mon enfant :

(Une pièce d'identité sera demandée à la personne)

Nom..... Prénom..... Téléphone.....

Nom..... Prénom..... Téléphone.....

Nom..... Prénom..... Téléphone.....

Nom..... Prénom..... Téléphone.....

Je soussigné(e) ..... Responsable légal de l'enfant, déclare l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

DATE : ..... SIGNATURE(S) :

REGLEMENT INTERIEUR

NOM et PRENOM : Madame.....et ou Monsieur.....

Responsable*(s)* légal*(aux)* de*(des)* l' enfant*(s)* :

NOM et PRENOM : .....

NOM et PRENOM : .....

NOM et PRENOM : .....

NOM et PRENOM : .....

NOM et PRENOM : .....

Scolarisé*(s)* à : Ville.....

Nom de l'école : .....

Déclare*(ent)* avoir pris connaissance du Règlement Intérieur du Centre de Loisirs « Le Pays des Etoiles » de la commune de Saint-Brès et l'accepter.

Le ..... à.....

Signature *(s)* :

MADAME	ET / OU	*MONSIEUR*