



Fiche d'inscription

Pour vous simplifier les démarches, un seul dossier pour 6 activités (Tap : Temps d'accueil dans l'école primaire de 15h45 à 17h45, Accueil de loisirs du mercredi après midi (avec ou sans repas), Accueil de Loisirs des vacances scolaires).

>>>> **Cela ne vous engage pas ! Si nous devions accueillir votre enfant, les infos seraient déjà saisies. L'inscription sera possible juste avec un appel téléphonique**

ALSH **ADOS** **TAP/ALAE** **LAEP** **ACC SCOLAIRE** **CAMP**

E-mail :

La fourniture de votre adresse mail, nous permet de vous informer sur les animations ou événements se déroulant à Hélitas.

ENFANT

Nom : **Prénom :**

Adresse :

Tél. domicile : **Portable :** **Date de naissance :**

Groupe scolaire fréquenté :

AUTORISATIONS

- Je soussigné :**
- J'ai pris note que mon enfant peut-être amené à sortir des locaux pour se rendre à pied, en bus ou mini-bus sur un autre lieu d'activité. Oui Non
 - Autorise mon enfant à participer à toutes les activités et jeux organisés dans le cadre de l'Accueil de Loisirs sans hébergement et séjours organisés par le Centre Social ALC. Oui Non
 - Autorise le Centre Social ALC à utiliser l'image photographique de mon enfant pour les publications de l'association (plaquettes, rapport d'activités, expos photos, site Internet...). Oui Non
 - Autorise les personnels du centre social ALC assermentés par la CAF à consulter et conserver mes justificatifs de ressources via l'applicatif CAF CDAP. Oui Non
 - Autorisation de partir seul - de 14 ans Oui Non

Je soussigné :

autorise le Centre Social ALC, en cas d'hospitalisation à vous diriger vers l'hôpital Henri Mondor

CERTIFICAT MÉDICAL

Le certificat médical n'est obligatoire que pour les activités sub-aquatiques et aériennes. **Votre signature en fin de document attestera que votre enfant n'a aucune contre-indication aux activités proposées.**

ALLERGIES

Asthme Oui Non
Médicamenteuse Oui Non
Alimentaire Oui Non
PAI Oui Non

(si oui, joindre copie du PAI)

Conduite à tenir :
.....
.....

HANDICAP

Votre enfant est il porteur d'un handicap Oui Non
Si oui, bénéficiaire-t-il de l'AEEH. Oui Non (si oui, joindre l'attestation à la présente)

	PARENT 1	PARENT 2
Noms		
Prénoms		
Tél.		

Responsable pendant l'accueil :
Parent 1 / Parent 2 / Autre

Marié / Célibataire / Veuf / Vie maritale / Divorcé vit avec Père vit avec Mère
N° allocataire à la CAF ou à la MSA :
Numéro sécurité sociale :

VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	JOINDRE COPIES
----------------------	------------------------------	------------------------------	----------------

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI / NON

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance, même le paracétamol.

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

Rubéole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Coqueluche	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Varicelle	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Otite	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Angine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Rougeole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Rhumatismes articulaire aigu	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Oreillons	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Scarlatine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? OUI NON

Si oui, précisez :

Je soussigné autorise le Directeur(rice), en cas d'hospitalisation à diriger mon enfant vers l'hôpital Henri Mondor (pour les camps, nous choisirons l'hôpital le plus proche) et à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales, anesthésies..)

Il est entendu que tous les moyens seront mis en oeuvre pour prévenir les responsables de l'enfant.

Je soussigné : en qualité de (parent) autorise mon enfant à quitter l'Accueil de loisirs accompagné par :

..... (lien avec l'enfant) n° tél. / (lien avec l'enfant) n° tél.

..... (lien avec l'enfant) n° tél. / (lien avec l'enfant) n° tél.

Votre signature en fin de document attestera que le Centre Social ALC Quartier Ouest est déchargé de toutes responsabilités à partir de son départ. Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et avoir pris connaissance du règlement de la structure et m'engage à le respecter :

OUI NON J'autorise la structure à saisir mes informations personnelles et médicales durant 1 année.

OUI NON J'autorise le centre social à communiquer mes coordonnées et quotient familial à la mairie et à CAF pour la tarification en fonction des revenus.

OUI NON J'autorise le centre social à transmettre les données liées à l'AEEH à la Caf du Cantal.

Conformément aux règles du RGPD, le centre social s'est doté d'un responsable des données individuelles, que vous pouvez consulter sur simple demande.

Date et signature

