



Quimperlé
communauté
B R O K E M P E R L E



DOSSIER ENFANT ACCUEIL DE LOISIRS

Lieu de l'ALSH: _____

ÉTAT CIVIL DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : F M

Date et lieu de naissance : ____ / ____ / ____

École fréquentée : _____ Classe : _____

FAMILLE

Nom(s) et Prénom(s) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tel. domicile : _____ Portable : _____

Adresse mail (indispensable pour une inscription par internet) : _____

Situation familiale : Célibataire Marié Pacsé Divorcé Séparé
Veuf Vie maritale Autres

Nombre total d'enfants : ____ Nombre d'enfants à charge : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Adresse caisse Sécurité sociale : _____

Nom de l'assurance extrascolaire : _____ Numéro d'assuré : _____

PARENT 1

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : identique adresse famille

Sinon _____

Tél. travail : _____

Tél. portable : _____

Profession : _____

Autorité parentale : Oui Non

PARENT 2

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : identique adresse famille

Sinon _____

Tél. travail : _____

Tél. portable : _____

Profession : _____

Autorité parentale : Oui Non

ADRESSE DE FACTURATION

Identique : Adresse de la famille Adresse du parent 1 Adresse parent 2

Autres Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Vous devez informer et signaler tout changement au directeur de l'ALSH.

À JOINDRE impérativement à ce dossier :

- Une attestation d'assurance « responsabilité civile » pour les activités extrascolaires.
Nous vous invitons à vérifier auprès de votre assureur que votre enfant est bien couvert pour tous dommages corporels quelqu'en soit la cause.

À JOINDRE si vous bénéficiez de réductions supplémentaires :

Bon CAF hors Finistère, Bon MSA, Bon JPA, Bon comité d'entreprise, Bon communal, Autres, précisez _____

Ces documents doivent impérativement être transmis avant la fin des vacances.

**L'inscription ne sera effective qu'à réception du « DOSSIER ENFANT » complet
+ le « COUPON D'INSCRIPTION » à remplir chaque mois pour les mercredis
et à chaque vacances.**

(Attention aux délais d'inscription)

RÉGIME D'ALLOCATIONS FAMILIALES dont l'enfant dépend :

Régime général (Caf, la Poste, France Télécom, Fonction Publique)

Autres régimes

N° allocataire

Merci de bien renseigner votre numéro d'allocataire.

Le service facturation se chargera de rechercher votre QF.

Si vous ne le souhaitez pas, merci de nous en informer par mail ou courrier.

À défaut, le tarif de la tranche 6 sera appliqué.

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (si parents non joignables) :

Nom : _____ Lien de parenté _____ Tél. _____

Nom : _____ Lien de parenté _____ Tél. _____

Nom : _____ Lien de parenté _____ Tél. _____

Je soussigné.e _____, responsable légal.e ou tuteur de l'enfant _____

autorise Mme ou M. _____, lien de parenté _____
à prendre en charge mon enfant après l'accueil de loisirs.

autorise mon enfant à rentrer seul à _____ heures.

autorise mon enfant à prendre le transport urbain à _____ heures.

J'accepte que mon enfant soit pris en photographie ou filmé dans le cadre des activités de l'ALSH de Quimperlé Communauté.

J'accepte que mon enfant apparaisse dans la presse locale dans le cadre des activités de l'ALSH.

J'autorise Quimperlé Communauté à utiliser ces images pour illustrer ses supports d'information et de communication (Mag 16, plaquettes ALSH, site internet...).

Je refuse que les images de mon enfant soient utilisées.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON :

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

ENFANT : Nom : _____ Prénom : _____
Sexe : Garçon Fille Date de naissance : ____ / ____ / ____

VACCINATIONS : (à remplir à partir du carnet de santé ou joindre les photocopies des pages correspondantes)

ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUE - ANTIPOLIOMYELITIQUE (Vaccins DTP obligatoires avec rappel tous les 5 ans) Anticoqueluche – Antihæmophilus (non obligatoires)		
Dates du dernier vaccin	Vaccin pratiqué	Médecin
ANTITUBERCULEUSE (BCG) (non obligatoire)	ROR (non obligatoire) Antirougeoleuse antirubéolique - antiourlienne	ANTITHEPATITE B (non obligatoire)
Dates	Dates	Dates
Vaccin	Vaccin	1 ^{ère} injection
Dernier test tuberculinique	Rappel	2 ^{ème} injection
Résultats + ou -		3 ^{ème} injection

L'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? _____

	Nature	Dates
Injections de gamma-globulines		

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

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

COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	DIPHTERIE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	HEPATITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	MÉNINGITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RUBÉOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	TYPHOÏDE ET PARATYPHOÏDE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
RHUMATISME Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ASTHMES Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OTITES Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINES Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

PRÉCONISATIONS ET RECOMMANDATIONS DES PARENTS : _____

Allergies (alimentaires ou autres) : _____

Si votre enfant présente des allergies alimentaires, vous devez impérativement et rapidement en informer le.a directeur.rice de l'ALSH.

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations...) : _____

Médecin traitant :

Nom : _____ Tél. : _____

Adresse : _____

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? OUI NON

Si oui lequel ? _____

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.

L'enfant mouille-t-il son lit ? OUI NON OCCASIONNELLEMENT

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ? OUI NON

Groupe sanguin (si vous le connaissez) : _____

CES RENSEIGNEMENTS SONT CONFIDENTIELS, PENSEZ À METTRE CE DOSSIER SOUS ENVELOPPE

AUTORISATIONS ET DÉCHARGES

Je soussigné.e _____ , responsable légal.e ou tuteur de l'enfant _____

- Autorise mon enfant à participer aux différentes activités et sorties proposées.
- Autorise mon enfant à emprunter le transport collectif.
- Certifie avoir pris connaissance du fonctionnement de l'accueil de loisirs et m'engage à le respecter.
- Autorise le.a responsable de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- M'engage à verser la participation demandée pour la présence de mon enfant à l'accueil de loisirs.
- Décharge Quimperlé Communauté de toutes responsabilités en cas d'accident en dehors des heures de prise en charge par Quimperlé Communauté.
- Certifie que les vaccins de mon enfant sont à jour.
- Certifie que mon enfant est couvert par une assurance responsabilité civile, ou par un contrat d'assurance scolaire pour les activités extrascolaires (joindre une photocopie).
- M'engage à fournir à Quimperlé Communauté les documents nécessaires à joindre au dossier.
- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à _____ le _____

« Lu et approuvé »

Signature du. de la responsable légal.e :