

N° d'Allocataire C.A.F.		Montant du quotient CAF :		* Ne rien inscrire ici *	
(Pour le centre de loisirs : Joindre photocopie de la carte loisirs CAF)					
ENFANT		Nom :		Prénom :	
Date de Naissance :		Ville & Département :		Sexe :	
Nationalité :		Adresse :			
Code Postal :		Ville :			
Date d'arrivée dans l'école :		Année scolaire précédente		Cours :	
		Adresse :		École :	
L'enfant sait-il nager ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					

RESPONSABLE PRINCIPAL DE L'ENFANT

PERE <input type="checkbox"/> / Autre <input type="checkbox"/> (Précisez)		MERE <input type="checkbox"/> / Autre <input type="checkbox"/> (Précisez)	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Adresse :		Adresse :	
Code Postal :	Ville :	Code Postal :	Ville :
Profession :		Profession :	
Téléphone domicile :		Téléphone domicile :	
Téléphone travail :		Téléphone travail :	
Tél. portable/autre :		Tél. portable/autre :	
E-Mail :		@	
Nombre d'enfants :	à charge :	Autorisez vous la communication de vos coordonnées aux associations de parents <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Compagnie d'assurance :		N° de Police d'assurance :	
Assurance extra-scolaire (si différente)		N° de Police d'assurance extra-scolaire :	
PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE ou POUR RECUPERER L'ENFANT SI VOUS N'ETES PAS JOIGNABLE :			
1°	NOM :	Tél. Domicile :	Tél.Travail :
2°	NOM :	Tél. Domicile :	Tél.Travail :
3°	NOM :	Tél. Domicile :	Tél.Travail :
4°	NOM :	Tél. Domicile :	Tél.Travail :

ACCUEIL PERISCOLAIRE - CLAE

veuillez préciser si l'enfant sera présent les jours et moments suivants (cochez) :

CANTINE	CLAE DU SOIR DE 16H30 A 19 H	LE CENTRE DE LOISIRS DES MERCREDIS (après 13h20) ET VACANCES EST UN SERVICE PAYANT. RENSEIGNEZ-VOUS AU BUREAU DU CENTRE DE LOISIRS (05.34.25.18.88)
LUN MAR MER JEU VEN	LUN MAR MER JEU VEN	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

J'AUTORISE, JE N'AUTORISE PAS ⁽¹⁾ Mon enfant mineur à quitter seul l'école, le CLAE, le centre de loisirs.

J'AUTORISE, JE N'AUTORISE PAS ⁽¹⁾ L'école, le CLAE, le centre de loisirs, a utiliser les images photographiques ou numériques de mon enfant, prises dans le cadre du fonctionnement, pour illustrer les activités de l'école, de l'association.
J'atteste avoir pris connaissance et compris les conditions générales de fonctionnement de l'école et du CLAE.

(1) Cochez la mention utile

(2) Faire précéder de la mention « Lu et approuvé »

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire.

Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Certifié exact,

a : _____ Le : _____

Nom et signature
du responsable légal
de l'enfant (2) :

**AFIN DE TENIR CETTE FICHE A JOUR, VEUILLEZ NOUS SIGNALER
TOUT CHANGEMENT DANS VOS COORDONNÉS**

Nom de l'enfant: _____ Prénom : _____

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS REMCOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole—Oreillons—Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autre (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

En cas de doute joindre une photocopie des pages vaccins du carnet de santé

N° de sécurité sociale du responsable qui couvre l'enfant : _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes : (cochez)

Rubéole Varicelle Angines Scarlatine Coqueluche Otites
Rougeole Oreillons Rhumatisme articulaire aigu

Allergies : Asthme Oui Non
Autres allergies (préciser) _____

L'enfant porte-t-il des lunettes ou lentilles ? Oui Non
L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice originale) et prendre contact avec le directeur afin d'établir un protocole de soins.

Aucun médicament ne pourra être pris si cette procédure n'a pas été suivie.

DIFFICULTES DE SANTE : _____
(Préciser) _____

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : _____

Je soussigné Mme, M. ⁽¹⁾ _____ Agissant en qualité de responsable légal de l'enfant, autorise : mon fils, ma fille ⁽¹⁾, à participer aux activités organisées par l'école, le CLAE, le centre de loisirs (si l'enfant est inscrit) et autorise le personnel, sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident à prendre toutes mesures d'urgence, tant médicales que chirurgicales, y compris l'hospitalisation, dans un établissement public. J'atteste que mon enfant est apte à pratiquer tout sport y compris la natation (en cas d'inaptitude totale ou partielle, joindre obligatoirement un certificat médical).

Conformément au Décret n° 2002-538 du 12 avril 2002, l'association ALELM, organisatrice du CLAE et centre de loisirs informe les responsables légaux des mineurs de leur intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquels ils participent.

(1) Rayer les mentions inutiles
(2) Faire précéder de la mention « Lu et approuvé »

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire.
Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Fait a : _____ Le : _____

Nom et signature
du responsable légal
du participant (2) :