**Dossier d'inscription**

**Enfant**

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Age : Sexe :  Garçon  Fille

Ecole fréquentée : Classe :

L’enfant est inscrit sous le N° de sécurité sociale :  de sa mère  de son père

**Famille**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Père | Mère |
| Nom d'usage : |  |  |
| Nom de Naissance |  |  |
| Prénom : |  |  |
| Adresse Postale complète |  |  |
| Téléphone du domicile : |  |  |
| N° de portable personnel : |  |  |
| Courriel personnel : |  |  |
| Régime d'appartenance | CAF  MSA  Autre | CAF  MSA  Autre |
| N° d'allocataire : |  |  |
| Date de naissance : |  |  |
| Lieu : |  |  |
| Nationalité : |  |  |
| N° de sécurité sociale : |  |  |
| Profession : |  |  |
| Société : |  |  |
| Téléphone professionnel : |  |  |
| Autorité parentale : | oui  non | oui  non |

Situation familiale :

Nombre d'enfants :

**Contacts en cas d'absence des parents ou du responsable légal :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom/Prénom | Adresse | Téléphone | Lien avec l'enfant | Contacts en cas d'urgence | Autoriser à venir chercher l'enfant |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Santé

L'enfant est bénéficiaire de l'AEEH[[1]](#footnote-1) :  oui  non

L'enfant fait-il la sieste en début d'après-midi ?  oui  non

Recommandations (doudous, change,…)……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

L'enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique (sans porc, sans viande, allergies,…) ?  oui  non

Si oui, lequel ? …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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 administré sans ordonnance.*

**VACCINATIONS**

Merci de joindre **impérativement** la photocopie des pages vaccinations du carnet de santé de votre enfant.

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

**ALLERGIES**

Alimentaires  oui  non

Médicamenteuses  oui  non

Autres (animaux, plantes, pollen)  oui  non

Si oui, préciser la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

**HOSPITALISATIONS, ANTECEDENTS MEDICAUX, MALADIES CONTRACTEES** *(asthme, varicelle, rubéole, coqueluche, eczéma, rougeole,…)*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

**MEDECIN TRAITANT**

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Spécialité :

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

*(Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil,…)*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

**Autorisations**

Mesures en cas d'urgence  oui  non

Hospitalisation  oui  non

Centre hospitalier :

Participation aux activités  oui  non

Photographies et films  oui  non

Déplacement dans le cadre des activités  oui  non

Partir seul de l'accueil de loisirs  oui  non

Si oui, heure de départ de la structure :

**Autorisation parentale**

A signer obligatoirement, votre enfant ne pourrait être accueilli en l'absence de cette autorisation.

Je soussigné(e) Madame, Monsieur ………………………………………………………… père, mère, tuteur (rayer mention inutile) :

* Certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche.
* Déclare avoir lu et accepté sans réserve le règlement intérieur des ALSH, autorisant l’association à en appliquer les termes.
* Déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement du centre.
* M’engage à fournir les documents annexes nécessaires :
  + Copie des pages vaccinations du carnet de santé de mon enfant.
  + Autorisation de prélèvement SEPA et le RIB correspondant.
  + Le cas échéant attestation bénéficiaire AEEH
  + Le cas échéant, le PAI ou tous documents médicaux justifiés par l’état de santé spécifique de mon enfant.
* M’engage à informer le centre et l’association de toute modification des informations contenues dans ce dossier.

Fait à       le

Signature, précédée de la mention "lu et approuvée"

|  |
| --- |
| **Mandat de prélèvement SEPA**  ***A remplir obligatoirement*** |
| Association Ville Auvergne ICS n°FR76ZZZ89C31F  Armandon 43230 ST PREJET ARMANDON |
| En signant ce mandat, vous autorisez le créancier 'Association Ville Auvergne' à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier 'Association Ville Auvergne'. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le prélèvement sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. |
| **Référence unique du mandat**  ***Cadre reserve à l’association*** |
| RUM |
| **Identité et coordonnées du débiteur** |
| Nom et prénom :  Adresse :  Code postal :  Ville : |
| **Compte à débiter**  ***Joindre obligatoirement un RIB*** |
| IBAN :            BIC : |
| **Type de paiement** |
| Paiement récurrent :  Paiement ponctuel : |
|  |
| Fait à :  le :  Signature : |
| Les informations contenus dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinés à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectifications tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. |

1. Allocation d'Éducation Enfant Handicapé [↑](#footnote-ref-1)