



DOSSIER D'INSCRIPTION

ENFANT

NOM :
PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :
N° SECURITE SOCIALE :

INFORMATIONS SANITAIRES :

Maladies infantiles déjà contractées par l'enfant

Rubéole		Varicelle		Scarlatine		Oreillons	
Coqueluche		Otite		Rougeole			

L'enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) :

Oui (à fournir **obligatoirement** dès l'inscription de l'enfant) Non

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) ?

Oui (Attestation à fournir) Non

ALLERGIES :

Alimentaire : OUI (précisez) : NON

Médicaments : OUI (précisez) : NON

Autres : (précisez)

Conduite à tenir (trousse d'urgence) ou autres informations médicales à connaître :

REGIMES :

Aucun Sans porc Végétarien Sans bœuf et veau Autres (précisez) :

PARENTS/ ENTOURAGE

Adresse de facturation :

Email :

SITUATION FAMILIALE:

Marié Concubin Pacsé Divorcés Séparés Veuf(ve)

Responsable légal 1 :

Nom, prénom :

Profession :

Employeur :

Tél portable :

Tél travail :

Responsable légal 2 :

Nom, prénom :

Profession :

Employeur :

Tél portable :

Tél travail :

AUTRES ADULTES AUTORISES A RECUPERER L'ENFANT :

Nom, prénom : Téléphone : Lien avec l'enfant :

Nom, prénom : Téléphone : Lien avec l'enfant :

(Une décharge datée et signée d'un parent sera nécessaire pour les personnes non notées ci-dessus)

CAF

J'autorise : OUI (N°Allocataire)..... NON, la Communauté de Communes POL pour son accueil de loisirs intercommunal de Chailac Sur Vienne à recueillir des informations concernant mon droit au passeport jeunes 2024 auprès de la Caf de la Haute-Vienne afin de vérifier mon éligibilité et de simplifier mes démarches.

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) _____, responsable légal de l'enfant : _____

❖ Déclare céder à l'ALSH intercommunal de Chaillac, le droit d'utiliser des photos à titre gracieux, dans le cadre d'activités pédagogiques, éducatives et ludiques organisées par le centre (jeux, spectacles, sorties, voyages...) et de les diffuser dans les journaux ou son site internet.

Oui Non

❖ Autorise, mon ou mes enfant(s) mentionné(s) ci-dessus à être transportés en bus

Oui Non

❖ Autorise, mon ou mes enfant(s) mentionné(s) ci-dessus à être transportés en mini bus par l'équipe d'animation

Oui Non

❖ Autorise les organismes compétents (gendarmerie, SAMU, pompiers...) à prendre en charge mon ou mes enfant(s) mentionné(s) ci-dessus dans un centre hospitalier en cas d'accident et à pratiquer toutes les interventions médicales et chirurgicales nécessaires (les parents seront tenus informés par téléphone)

Oui Non

❖ Autorise l'équipe d'animation à administrer le traitement médical à mon enfant durant la durée de son traitement sous réserve de la transmission obligatoire de l'ordonnance

Oui Non

RECUEIL D'INFORMATIONS DIVERSES

Pour un accueil de qualité au sein de notre accueil, nous vous proposons de répondre au questionnaire ci-dessous afin de connaître au mieux les habitudes de votre enfant. Si vous le souhaitez, un échange peut vous être proposé afin d'explicitier certaines particularités.

*Votre enfant est-il propre : JOURNEE Oui Non
SIESTE Oui Non

Si non, informations complémentaires :

*Votre enfant a-t-il des troubles alimentaires (morceau, sélectivité...) : Oui Non

Si oui informations complémentaires :

*Votre enfant a-t-il un rituel pour la sieste : Oui Non

Si oui informations complémentaires :

*Votre enfant supporte-t-il la frustration : Oui Non

Si oui, informations complémentaires :

*Votre enfant a-t-il des troubles du comportement (hyperactivité, attention...) : Oui Non

Si oui, informations complémentaires :

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Fait à _____, le _____
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »