



## FICHE RENSEIGNEMENTS

### INSCRIPTION ALSH

#### VOTRE ENFANT

Garçon

Fille

NOM\* : .....

Prénom\* : .....

Date de Naissance\* : ...../...../.....

#### RESPONSABLES DE L'ENFANT

Situation familiale

Célibataire

Marié

Divorcé

Concubinage

Pacsé

#### PARENT 1

Payeur  OUI  NON

Mère  Père  Autres : .....

Civilité\* : .....

NOM\* : .....

Prénom\* : .....

Date de naissance\* : ...../...../.....

Adresse postale\* : .....

.....

Portable\* : .....

Mail\* : .....

.....

N° Sécurité Sociale\* : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Téléphone Pro : .....

#### PARENT 2

Payeur  OUI  NON

Mère  Père  Autres : .....

Civilité\* : .....

NOM\* : .....

Prénom\* : .....

Date de naissance\* : ...../...../.....

Adresse postale\* : .....

.....

Portable\* : .....

Mail\* : .....

.....

N° Sécurité Sociale\* : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Téléphone Pro : .....

## AUTRES CONTACTS

NOM : ..... Prénom : .....

Téléphone : ...../...../...../...../..... Lien avec l'enfant : .....

Appel en cas d'urgence

Autorisé à récupérer l'enfant

NOM : ..... Prénom : .....

Téléphone : ...../...../...../...../..... Lien avec l'enfant : .....

Appel en cas d'urgence

Autorisé à récupérer l'enfant

## AUTRES INFORMATIONS

N° allocataire\* : .....

CAF

MSA

Autorisation à partir seul\*

OUI

NON

Autorisation de prise de photo et publication (site internet, réseaux sociaux, presse de la commune)\*

OUI

NON

Autorise la mairie à accéder au logiciel de la Caf CDAP pour mettre à jour les informations liés au quotient familial\*

OUI

NON

Port de lunettes\*

OUI

NON

Port d'un appareil auditif\*

OUI

NON

Port d'un appareil dentaire\*

OUI

NON

Sait nager

OUI

NON

Sait faire du vélo

OUI

NON

### Autorisation d'hospitalisation\*

Je donne pouvoir au responsable du centre, en cas d'impossibilité de me joindre, de faire pratiquer des examens médicaux et/ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.

OUI

NON

### Autorisation d'intervention chirurgicale\*

En cas d'impossibilité de me joindre, j'autorise les soins hospitaliers et si besoin, l'anesthésie de mon enfant en cas où, victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

OUI

NON

## MÉDICAL\*

Médecin traitant de l'enfant\* : .....

Adresse : .....

Téléphone\* : .....

Varicelle  ...../...../...    Angine  ...../...../.....    Otite ...../...../....    Scarlatine ...../...../...

Rougeole  ...../...../.....    Oreillons  ...../...../.....    Rubéole  ...../...../.....

Allergies :    Asthme

                  Alimentaire  précisez : .....

                  Médicamenteuse  précisez : .....

L'enfant suit-il un traitement médical :     OUI             NON

Difficultés de santé à connaître (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, ...):

.....  
.....

## VACCINATIONS\*

Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, Haemophilus, Hépatite B

1ere injection : .....            Rappel : .....

Pneumocoque

1ere injection : .....            Rappel : .....

Méningocoque

1ere injection : .....            Rappel : .....

Rougeole – Oreillons – Rubéole (obligatoire pour les enfants nés après le 1<sup>er</sup> janvier 2018)

1ere injection : .....            Rappel : .....

Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche (Rappel dès 6ans)

Dernier rappel : .....

## DOCUMENTS NECESSAIRES

Les documents indiqués ci-dessous sont à ajouter dans votre espace famille OBLIGATOIREMENT ou joindre par mail à l'adresse [location-salle@saint-maur36.com](mailto:location-salle@saint-maur36.com) en cas de problème sur le portail.

- Copie du livret de famille
- Justificatif de domicile
- Attestation de quotient familiale CAF ou MSA ou dernier avis d'imposition
- Carnet de vaccination avec nom, prénom et date de naissance de l'enfant
- Attestation de sécurité sociale ou copie de la carte vitale

Je soussigné(e) .....représentant légal de l'enfant cité ci-dessus, déclare exact les renseignements portés sur ce document.

Date

Nom/Prénom

Signature

**\*OBLIGATOIRE**