



Identité de l'enfant (à compléter entièrement)

Nom : Prénom :
 Adresse complète :

 Fille / Garçon - Né(e) le : / / À :
 Ecole :
 Classe et Nom de l'instituteur :

N° de Sécurité Sociale : / / / / / /
 N° d'allocataire : CAF - MSA - Autre Quotient :
 Régime général et fonctionnaire - Régime Agricole

Identité responsable légal

| | NOM PRENOM (Père ou tuteur) | NOM PRENOM (Mère ou tutrice) |
|----------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Domicile (tél.) | | |
| Portable (tél.) | | |
| Professionnel (tél.) | | |
| E-mail * | | |

*Les factures sont envoyées par mail ainsi que les invitations aux réunions parents.

Personne à prévenir en cas d'urgence – si différent des parents

| Nom | Adresse | Téléphone | Lien avec l'enfant |
|-----|---------|-----------|--------------------|
| | | | |
| | | | |

Tiers autorisé à prendre en charge l'enfant (1)

| Nom | Adresse | Téléphone | Lien avec l'enfant |
|-----|---------|-----------|--------------------|
| | | | |
| | | | |

(1) Présentation pièce d'identité, obligatoire, le parent doit en informer les tiers autorisés.

Droit à l'image :

Autorise la publication interne à la structure : photos, vidéos, affichage Oui Non
 Autorise la publication extérieure : articles presse, blog, bulletin municipal Oui Non

Autorisation baignade :

Autorise mon enfant à se baigner en piscine, à la mer : Oui Non
 Mon enfant sait nager : Oui*** Non

*** Joindre le test d'aisance aquatique. Celui-ci, doit être conforme à l'arrêté du 25 avril 2012 portant application de l'article R. 227-13 du code de l'action sociale et des familles.

Autorisation de sortie

Autorise mon enfant de plus de 8 ans à quitter l'ALSH MOUSSAILLONS seul les mercredis et vacances scolaires : Oui, à partir de heure ; Non

Observations spéciales

Mon enfant a une allergie :

Alimentaire Oui Non Médicamenteuse Oui Non
 Animaux Oui Non Asthme Oui Non

L'accueil de mon enfant nécessite un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : Oui Non
 Votre enfant est-il reconnu en situation de handicap ? Oui⁽²⁾ Non

Médecin traitant
 Lieu d'hospitalisation
 Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur la fiche d'inscription et autorise le responsable ou ses délégués à prendre, en cas d'accident, toutes décisions d'hospitalisation et intervention clinique jugées indispensables par le médecin appelé, pour notre enfant.

Pédagogie et règlement intérieur

Certifie avoir pris connaissance du projet pédagogique Oui Non
 Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur Oui Non



PLANNING À REMPLIR SI PRESENCES TOUTE L'ANNEE AUX MÊMES JOURS

| ATTENTION : Vous devez prévenir selon le règlement intérieur TOUTE ANNULATION ou MODIFICATION | | | | | | | |
|---|--------|--------|-----------|-------|------------|--------|----------|
| | LUNDIS | MARDIS | MERCREDIS | | | JEUDIS | VENDREDI |
| MATIN | | | MATIN | REPAS | APRES MIDI | | |
| SOIR | | | | | | | |

Pièces nécessaires pour constituer un dossier complet**

- 1 Photo (si possible)
- Fiche sanitaire de liaison complète
- Carnet des vaccinations (photocopies)
- PAI à jour
- Attestation CAF avec Quotient Familial
- Attestation de paiement AEEH (Si enfant reconnu en situation de handicap)⁽²⁾
- Attestation d'assurance
- Justificatif de domicile

Les dossiers d'inscription **complets

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Fait à : Le :

Signature responsable légal :