

FICHE D'INSCRIPTION ALSH DU MERCREDI 2024-2025

Photo
d'identité
obligatoire

Nom de l'enfant : **Prénom** :

Date de naissance :

Afin de respecter le conventionnement avec la Caisse d'Allocations Familiales de Haute-Loire et la Mutualité Sociale Agricole de Haute-Loire, merci d'indiquer si vous relevez :

CAF : **Joindre l'attestation récente du quotient familial.**

Numéro d'allocataire CAF si vous percevez des prestations familiales :

MSA : **Joindre l'attestation récente du quotient familial.**

A défaut de ces documents, joindre le dernier avis d'imposition de la famille.

RESPONSABLES DE L'ENFANT

Nom : Nom :

Prénom : Prénom :

Adresse : Adresse :

Père Mère Responsable légal Père Mère Responsable légal

{ {

■ ■

@..... @.....

PERSONNES AUTORISEES A REPREDRE L'ENFANT

Nom et prénom : Nom et prénom :

{ {

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'IMPOSSIBILITE DE JOINDRE LES RESPONSABLES DE L'ENFANT

Nom et prénom : Nom et prénom :

Adresse : Adresse :

{ {





FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Enfant :	<input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance :
Nom :	Prénom :	
Adresse :		

I - Vaccinations :

Joindre obligatoirement la copie de la page de vaccinations du carnet de santé ou à défaut un certificat de contre-indication du ou des vaccins.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant l'ALSH ? oui non
Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.. ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse pendant l'ALSH :

Tél. domicile :

travail :

portable :

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*)

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) : Date :

Joindre obligatoirement la copie de l'attestation d'assurance extrascolaire.

AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise

Je n'autorise pas

mon enfant à quitter le centre seul à l'issue de chaque temps d'accueil, quelle que soit la période et décharge l'organisateur de toute responsabilité en cas d'accident et d'incidents pouvant survenir sur le trajet du retour

**AUTORISATION PARENTALE POUR L'USAGE DE PHOTOGRAPHIES
DANS LE CADRE D'UN ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS**

PARTIE A REMPLIR PAR L'ORGANISATEUR

Nom et adresse de l'organisateur : Communauté de communes des Rives du Haut-Allier
6 Place André Roux – B.P. 10
43300 Langeac
Tél : 04-71-77-26-51

L'organisateur susnommé vous demande l'autorisation d'utiliser des photographies de votre enfant prises au cours de l'ALSH.

Ces photographies pourront être diffusées :

- dans les journaux communautaires (le Mag, l'Agenda)
- sur le site internet communautaire (Les légendes des photos ne comporteront pas de renseignements susceptibles d'identifier précisément l'enfant),
- sur la page Facebook de la communauté de communes des rives du Haut-Allier
- en illustration d'articles de quotidiens régionaux

Conformément à la loi, le libre accès aux données qui vous concernent est garanti. Vous pouvez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et disposer du droit de retrait de ces données si vous le jugez utile.

Les photographies ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages.

PARTIE A REMPLIR PAR LES TUTEURS LEGAUX

Nous, soussignés (1)et

.....

- Déclarons autoriser la Communauté de Communes des Rives du Haut-Allier désignée ci-dessus à utiliser les photographies de notre enfant dans le cadre précis décrit ci-dessus uniquement.
- Déclarons refuser que notre enfant soit photographié dans le cadre de l'ALSH.

Date : Signature

(1) : Indiquer le nom des deux parents ou tuteurs légaux

(2) : Rayer les mentions inutiles



Communauté de communes
des rives du Haut-Allier

6 place André Roux
BP 10 - 43300 Langeac
Courriel : cc@rivesduhautallier.fr

Siège de Langeac : 04 71 77 26 51

Antenne de Paulhaguet : 04 71 76 98 68
Antenne de Saugues : 04 71 76 94 95
Antenne de Lavoûte-Chilhac : 04 71 77 43 80



Retrouvez toute l'actualité de votre
communauté de communes sur Facebook :
www.facebook.com/rivesHautAllier