



**INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS  
« Les Petits Filous » 2024/2025**

**Téléphone :** 07.76.86.84.34

**Mail :** [alsh@allassac.fr](mailto:alsh@allassac.fr)

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION	
Date échéance assurance : ...../...../20...	Observations :.....

**Pièces justificatives à joindre au dossier : (tout dossier incomplet ne sera pas traité)**

- Photocopie du carnet de vaccination OU attestation du médecin comme quoi l'enfant est à jour dans les vaccinations.
- Attestation d'assurance EXTRA-SCOLAIRE année 2024/2025
- Fiche sanitaire de liaison à remplir (fiche joint dans le dossier)
- Copie du dernier avis d'imposition du foyer (vivant sous le même toit que l'enfant)
- Attestation pour activités nautiques et aquatiques
- Pass'ALSH le cas échéant (transmis par la CAF si vous en bénéficiez)

**Renseignements relatifs à l'enfant :**

Nom Prénom			
Date de Naissance			
Ecole et Classe Fréquentée à la rentrée 2023			
L'enfant sait-il nager ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	BREVET : <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> CAF N°allocataire :		<input type="checkbox"/> MSA

**Famille**

**Responsable légal 1 :**

Père    Mère    Autre : .....

Nom-Prénom : .....

Téléphone : .....

Adresse : .....

Mail : .....

Employeur : ..... Tel : .....

**Responsable légal 2 :**

Père    Mère    Autre : .....

Nom-Prénom : .....

Téléphone : .....

Adresse : .....

Mail : .....

Employeur : ..... Tel : .....

**En cas de séparation ou de divorce, la garde est assurée par :** Le représentant 1    Le représentant 2   
Garde alternée

	<u>Nom -Prénom</u>	<u>Lien de parenté</u>	<u>Téléphone</u>
Personne autorisées à venir chercher l'enfant (avec une carte d'identité)			



**J'autorise une personne mineure (à partir de 11/12 ans) à venir chercher mon enfant avec sa pièce d'identité :**

Nom..... Prénom .....  
Lien avec l'enfant ..... Tel domicile..... Tel portable.....

**Renseignements sur la santé de l'enfant**

Nom du médecin traitant : ..... tél : .....  
Votre enfant présente-t-il des troubles de la santé ou des allergies :  Oui  Non  
Si oui merci de préciser : .....  
Un projet d'Accueil Individualisé (PAI) a-t-il été mis en place avec le médecin :  Oui  Non  
Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier :  Oui  Non  
Si oui merci de préciser : .....

**Autorisations**

Nom et prénom du demandeur : ..... représentant légal de l'enfant : .....

- Autorise mon enfant à effectuer des déplacements, à pied ou en bus liés à des besoins de service que ce soit les mercredis ou les jours de vacances scolaires. Oui  Non
- Autorise mon enfant accidenté ou malade à être transporté et hospitalisé par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille sera immédiatement avertie par nos soins. Oui  Non
- Autorise le personnel à photographier, à filmer ou à enregistrer mon enfant et à diffuser l'image pour la présentation des activités dans : la presse, expositions, site internet de la commune et page Facebook privée (cette page est ouverte uniquement aux parents dont les enfants sont inscrits à l'accueil). Oui  Non
- Autorise mon enfant à participer à l'activité maquillage et à être maquillé. Oui  Non
- Je déclare que mon enfant est en bonne santé et a reçu les vaccinations réglementaires, lui permettant de s'adapter à la vie en collectivité. Oui  Non

**L'absence de réponse sera considérée comme une réponse négative.**

**Je déclare** avoir pris connaissance des conditions d'inscription et de fonctionnement et accepté le règlement intérieur.

**Je certifie** être informé(e) que, en cas d'urgence, les services de secours seront contactés et que des mesures pourront être prises, y compris l'hospitalisation.

**J'atteste** sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus et je m'engage à signaler toute modification concernant la santé de l'enfant, un changement d'adresse ou un numéro de téléphone.

Fait à ..... le .....

**Signature obligatoire du et ou des représentant légaux (en cas de garde partagée de l'enfant).**