

FORMULAIRE «FAMILLE» INSCRIPTION VACANCIER

Accueils ALSH Le Bonhomme de Neige

A transmettre à l'ALSH

INFORMATIONS CONCERNANT LES PARENTS / RESPONSABLES LEGAUX

	REPRESENTANT 1 <input type="checkbox"/> Maman - <input type="checkbox"/> Papa - <input type="checkbox"/> Autre : _____	REPRESENTANT 2 <input type="checkbox"/> Maman - <input type="checkbox"/> Papa - <input type="checkbox"/> Autre : _____
Nom et prénom		
Numéro de téléphone	Portable : Fixe :	Portable : Fixe :
Adresse mail		
Adresse principale	Rue : Ville : Code postal :	Rue : Ville : Code postal :
Adresse station	Rue : Ville : Code postal :	Rue : Ville : Code postal :



Personnes habilitées à récupérer mon(mes) enfant(s) et/ou à être contactées en cas d'urgence			
Nom	Prénom	Lien de parenté avec le / les enfant(s)	Téléphone

INFORMATIONS CONCERNANT LE / LES ENFANTS









Enfant (s)

- 1 : Né(e) le .../...../..... à M F Classe : _____ non scolarisé
- 2 : Né(e) le .../...../..... à M F Classe : _____ non scolarisé
- 3 : Né(e) le .../...../..... à M F Classe : _____ non scolarisé
- 4 : Né(e) le .../...../..... à M F Classe : _____ non scolarisé

Autorisations parentales - Accueils Extrascolaires 2020-2021

J'autorise		
Mon (mes) enfant(s) à participer à toutes les activités organisées. <u>Si non</u> : merci de garder votre (vos) enfant(s) à la maison ces jours-là.		
Le directeur et/ou responsable du service à prendre toutes les mesures sanitaires nécessaires en cas d'urgence vitale.		
La commune des Deux Alpes ainsi que « ses partenaires » à utiliser les photographies ou vidéos de mon (mes) enfant(s) dans le cadre d'opérations de communication et d'information (bulletin et site municipal, « Facebook » de la Ville, presse etc.) conformément à la réglementation au droit de l'image (article 9 du code civil) et décharge de toutes responsabilités la commune et « ses partenaires ».		

J'autorise mon /mes enfant(s) à rentrer seul(s):

<i>Nom et Prénom de l'enfant</i>	
	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 

Je soussigné (e) _____ déclare en qualité de représentant légal du/des enfants inscrits :

- Avoir pris connaissance et accepté le règlement de fonctionnement
- Avoir transmis les renseignements exacts et pièces justificatives obligatoires à l'ALSH

A : _____ le : _____

Signature du/des représentant(s) légal/légaux



FICHE SANITAIRE DE LIAISON (une par enfant)

ENFANT : NOM : _____ PRÉNOM : _____
 GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : / /

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou <u>Tétracoq</u>				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES : JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL.

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? Oui Non

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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 <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

Problème de santé / Allergies = PAI (Plan d'Accueil Individualisé) obligatoire : OUI – NON

PRÉCISEZ LA NATURE ET LA CONDUITE À TENIR :

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.)

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC. ?

Merci de préciser :

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

A :

le :

Signature du/des représentant(s) légal/légaux