

Centre de Loisirs / ALSH Le Bonhomme de Neige

Périscolaires et Extrascolaires

INFORMATIONS CONCERNANT LES PARENTS

	REPRESENTANT 1 ☐ Maman - ☐ Papa - ☐ Autre : _____	REPRESENTANT 2 ☐ Maman - ☐ Papa - ☐ Autre : _____
Nom et prénom		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Numéro de téléphone	Portable : Fixe : Travail :	Portable : Fixe : Travail :
Adresse mail		
Numéro d'allocataire CAF 	_____ ☐ J'accepte ☐ Je n'accepte pas que la mairie des Deux Alpes accède à mon compte CAF*	_____ ☐ J'accepte ☐ Je n'accepte pas que la mairie des Deux Alpes accède à mon compte CAF*
Régime allocataire	☐ Régime général ☐ MSA ☐ Autre _____	☐ Régime général ☐ MSA ☐ Autre _____
Quotient familiale en cours		
<i>*En l'absence de QF RESSOURCES 2019</i>		
Payeur principal	☐	☐
Adresse	Rue : Ville : Code postal :	Rue : Ville : Code postal :

*Dans le cas où la Mairie des Deux Alpes ne pourrait pas consulter mes ressources via le service CAFPRO, je m'engage à fournir mon avis d'imposition. Pour les couples non mariés, merci de fournir les 2 avis d'imposition 2019. **Si ces justificatifs ne sont pas transmis: le tarif plafond sera appliqué.**

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

INFORMATIONS CONCERNANT LE / LES ENFANTS INSCRITS

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 périscolaires / Extrascolaires 2020-2021		
J'autorise		
Mon (mes) enfant(s) à participer à toutes les activités organisées au sein du / des accueil (s) concerné(s). Si non : merci de garder votre (vos) enfant(s) à la maison ces jours-là.		
Le directeur ou responsable du service et/ou du/ des site(s) concerné(s) 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 ».		

Uniquement pour les enfants du CP au CM2 J'autorise mon /mes enfant(s) à rentrer seul(s) des services suivants :		
Nom et Prénom de l'enfant	Temps périscolaire "Soir"	Temps extrascolaire "ALSH"
	☐ ☐	☐ ☐
	☐ ☐	☐ ☐
	☐ ☐	☐ ☐
	☐ ☐	☐ ☐

Si : UNE AUTORISATION SPECIFIQUE est à remplir auprès du service.

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

- Avoir pris connaissance et accepté les règlements de fonctionnement (activités périscolaires et extrascolaires) et m'engage à le respecter et à le faire appliquer à mon/mes enfant(s).
- Avoir transmis les renseignements exacts et pièces justificatives obligatoires

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 : _____

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 ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES

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