


## Centre de Loisirs / ALSH Le Bonhomme de Neige

Périscolaires et Extrascolaires

### INFORMATIONS CONCERNANT LES PARENTS

	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		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Numéro de téléphone	Portable : Fixe : Travail :	Portable : Fixe : Travail :
Adresse mail		
Numéro d'allocataire CAF 	_____ <input type="checkbox"/> J'accepte <input type="checkbox"/> Je n'accepte pas que la mairie des Deux Alpes accède à mon compte CAF*	_____ <input type="checkbox"/> J'accepte <input type="checkbox"/> Je n'accepte pas que la mairie des Deux Alpes accède à mon compte CAF*
Régime allocataire	<input type="checkbox"/> Régime général <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Régime général <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre _____
Quotient familiale en cours		
<i>*En l'absence de QF RESSOURCES 2019</i>		
Payeur principal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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		
<b>J'autorise</b>		
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 :		
<i>Nom et Prénom de l'enfant</i>	<i>Temps périscolaire "Soir"</i>	<i>Temps extrascolaire "ALSH"</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"/> 
	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 

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	
<b>Ou DT polio</b>				BCG	
<b>Ou Tétracoq</b>				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**