



Service Jeunesse

FORMULAIRE «FAMILLE» INSCRIPTION VACANCIER 2026 - 2027

Centre de Loisirs /ALSH Le Bonhomme de Neige

INFORMATIONS CONCERNANT LES PARENTS / RESPONSABLES LEGAUX

	REPRESENTANT 1 ☐ Maman - ☐ Papa - ☐ Autre : _____	REPRESENTANT 2 ☐ Maman - ☐ Papa - ☐ Autre : _____
Nom et prénom		
Date de naissance		
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 2026-2027

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):

Nom et Prénom de l'enfant	
	☐  ☐ 
	☐  ☐ 
	☐  ☐ 
	☐  ☐ 

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

Nous vous informons que nous collectons vos données personnelles uniquement dans le cadre de la prise en charge de vos enfants. Notamment, afin de connaître les autorisations parentales et les contacts d'urgence des enfants de la commune Les 2 Alpes et de L'Oisans. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et de vos droits, reportez-vous à notre **règlement intérieur de l'accueil de loisir extrascolaire vacancier**.



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 Tétracog				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 ☐ 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

Nous vous informons que nous collectons vos données personnelles uniquement dans le cadre de la prise en charge de vos enfants. Notamment, afin de connaître les autorisations parentales et les contacts d'urgence des enfants de la commune Les 2 Alpes et de L'Oisans. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et de vos droits, reportez-vous à notre **règlement intérieur de l'accueil de loisir extrascolaire vacancier**.