



# ALSH

## FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

Pour des raisons de sécurité et d'obligations légales, nous ne pourrions accueillir votre enfant si ce dossier ne nous est pas remis ou est incomplet. Merci de votre compréhension.

**ANNEE 2017/2018- N° .....**



NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Classe: \_\_\_\_\_ Nom et commune de l'école: \_\_\_\_\_

### Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

### CADRE RESERVE AU CENTRE SOCIAL

#### INFORMATIONS OBLIGATOIRES :

Autorisations : \_\_\_\_\_

Régime alimentaire particulier : \_\_\_\_\_

Renseignements médicaux : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

L'enfant sait nager : OUI NON

#### FACTURATION :

AIDES ATTRIBUEES : \_\_\_\_\_

TARIF :

	/ =	
--	-----	--

**PERE**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Tel. Domicile : \_\_\_\_\_ Tel. Professionnel : \_\_\_\_\_

Mobile : \_\_\_\_\_ Courriel (E-mail) : \_\_\_\_\_

Autorité parentale  Oui  NonRégime Général  MSA  Autre (à préciser) \_\_\_\_\_**MERE**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Tel. Domicile : \_\_\_\_\_ Tel. Professionnel : \_\_\_\_\_

Mobile : \_\_\_\_\_ Courriel (E-mail) : \_\_\_\_\_

Autorité parentale  Oui  NonRégime Général  MSA  Autre (à préciser) \_\_\_\_\_**SITUATION FAMILIALE :**Mariés  Concubins  Divorcés  Séparés  Veuf (ve)  Célibataire  Pacsés 

Enfant vivant chez :

Parents  Mère  Père  Garde alternée  Famille d'accueil 

Nombre total d'enfants : \_\_\_\_\_ Nombre d'enfants à charge : \_\_\_\_\_

**AUTORISATIONS**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ désigne les personnes suivantes en tant que personnes habilitées à venir chercher mon enfant :

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Lien de parenté \_\_\_\_\_ Tel. : \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Lien de parenté \_\_\_\_\_ Tel. : \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Lien de parenté \_\_\_\_\_ Tel. : \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Lien de parenté \_\_\_\_\_ Tel. : \_\_\_\_\_

Autorise mon enfant à repartir seul à son domicile	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autorise le responsable du centre de loisirs à mettre en œuvre, en cas d'urgence, des traitements et interventions médicalement nécessaires et à transporter mon enfant au service d'urgences pédiatriques de l'hôpital, ou autre (à préciser _____)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autorise mon enfant à voyager dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs en bus (conduit par un animateur ou un bénévole du Centre Social)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autorise le centre de loisirs du Centre Social Cap' de Tout à utiliser tous les supports (film, photo, Internet...) et les images prises au cours des sorties ou activités, sur lesquelles l'enfant pourrait apparaître.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autorise mon enfant à participer aux activités et aux sorties proposées par le centre de loisirs du Centre Social Cap' de Tout durant ses journées de présence.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

**Parapher :**

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

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

Vaccins obligatoires	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie / Poliomyélite / Tétanos / Coqueluche	___/___/___	Rubéole-Oreillons-Rougeole	___/___/___
BCG	___/___/___	Hépatite B	___/___/___
Autres (préciser	___/___/___	Autres (préciser	___/___/___

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

### 2. Allergies

Asthme  Oui  Non  
Alimentaires  Oui  Non Lesquelles : \_\_\_\_\_  
Médicamenteuses  Oui  Non Lesquelles : \_\_\_\_\_  
Autres : \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

### 3. Régime alimentaire

L'enfant a-t-il un régime alimentaire particulier :  Oui  Non

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

### 4. Traitement médical

En cas de traitement médical, merci de prévenir le secrétariat du Centre Social et de joindre obligatoirement l'ordonnance et les médicaments dans leur emballage d'origine (avec la notice) marqués au nom de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

### 5. Maladies : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<b>Rubéole</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Varicelle</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Angine</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Scarlatine</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Coqueluche</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Otite</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Rougeole</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Oreillons</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

### 6. Difficultés de santé

Indiquez ci-après **les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)** en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

### 7. Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez.

## RENSEIGNEMENTS ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES

Existe-t-il des **contre-indications médicales** pour la pratique de certains sports :  Oui  Non

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

En cas d'activité nautique, **j'atteste sur l'honneur** que mon enfant :  sait nager  ne sait pas nager

## AUTRES INFORMATIONS

Informations complémentaires qu'il vous semble utile de nous fournir :

**Parapher :**

## FREQUENTATION

Les inscriptions et annulations se font **UNIQUEMENT à l'accueil du Centre Social.**

L'équipe d'animation est joignable le lundi matin, sur fermeture de l'accueil/secrétariat, au 06 75 74 48 31.

Les repas sont systématiquement facturés avec l'encadrement (journée ou demi-journée).

### Annulations :

Toute modification ou annulation de réservation doit être transmise au secrétariat **72h avant** (hors Week-end).

Passé ce délai, la réservation (encadrement + suppléments + sorties) et le repas seront facturés (sauf sur présentation d'un certificat médical).

### Horaires d'ouverture :

#### **Les mercredis :**

- Avec restauration (**à Uzos**) : De 12h00 à 18h30
- Sans restauration : De 13h30 à 18h30

#### **Pendant les vacances :**

- Avec ou sans restauration : De 7h30 à 18h30

## TARIFS

**Les tarifs sont établis, par nos services, en fonction des revenus et de la composition du foyer.**

### **Ces tarifs comprennent :**

- L'activité,
- Le matériel pédagogique
- Le goûter
- Le transport
- L'encadrement

### **Ces tarifs ne tiennent pas compte :**

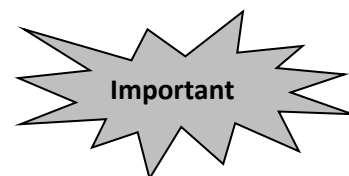
- Des repas fournis par le Centre : 3.60€ par jour et par enfant
- Des éventuelles aides (CAF, comités d'entreprise, CASI...)
- Des suppléments pour les sorties spécifiques.
- Adhésion annuelle au Centre Social : 7€ par enfant

Les tarifs sont revus annuellement.

**Pendant les vacances : \*seul le tarif journée est appliqué**

**\*un acompte de 30% est demandé lors de l'inscription**

**\*Les suppléments doivent être payés à l'avance**



## FACTURATION :

Facturation au nom de : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ certifie pour exacts les renseignements figurant sur cette fiche et m'engage à signaler tout changement le plus rapidement possible au secrétariat du Centre Social.

J'atteste également avoir pris connaissance du projet associatif (remis lors de l'inscription) et du projet pédagogique (disponible à l'accueil ou sur notre site internet) du Centre Social Cap' de Tout.

Fait à Mazères-Lezons, le \_\_\_\_\_

Signature des parents :

## Documents à joindre obligatoirement au dossier :

- **Attestation des aides attribuées.**
- **Avis d'imposition (se présenter au secrétariat avec celui des deux parents si non mariés)**
- **Attestation d'assurance**
- **Photocopie du carnet des vaccinations de l'enfant**