

RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT (ou ayant la charge)

Parent- Responsable légal 1 NOM : Prénom : Qualité : <input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Mère Adresse : Code postal : Ville : Tél.Domicile : Tél.Mobile : E-mail :	Parent- Responsable légal 2 NOM : Prénom : Qualité : <input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Mère Adresse : Code postal : Ville : Tél.Domicile : Tél.Mobile : E-mail :	Autres : <input type="radio"/> Assistante Familiale <input type="radio"/> : NOM : Prénom : Adresse : Code postal : Ville : Tél.Domicile : Tél.Mobile : E-mail :
Profession : Nom allocataire : Numéro allocataire (CAF ou MSA) : Facturer à cette adresse <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Garde alternée si séparation* : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non * Si garde alternée, fournir un calendrier de garde	Profession : Nom allocataire : Numéro allocataire (CAF ou MSA) : Facturer à cette adresse <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Garde alternée si séparation* : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non * Si garde alternée, fournir un calendrier de garde	Nom allocataire : Numéro allocataire (CAF ou MSA) : Nom et adresse pour la Facture :

CONTACTS EN CAS D'URGENCE (autres que les parents) ET PAR ORDRE DE PRIORITE

A = Personne autorisée à récupérer votre enfant		B = Personne à prévenir		
	Nom	Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant
A <input type="radio"/> et/ou B <input type="radio"/>				
A <input type="radio"/> et/ou B <input type="radio"/>				
A <input type="radio"/> et/ou B <input type="radio"/>				
A <input type="radio"/> et/ou B <input type="radio"/>				

*L'enfant ne sera pas confié à une autre personne sans autorisation écrite de son responsable. Toute personne inconnue des responsables des services devra présenter une pièce d'identité.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET ALIMENTAIRES

Médecin traitant : _____

Téléphone : _____

1 – VACCINATIONS (copie obligatoire du carnet de santé de l'enfant).

- Pour les enfants nés avant 2018 les 3 premiers vaccins sont obligatoires pour fréquenter l'ALAE et l'ALSH
- Depuis le 1^{er} janvier 2018 les 11 vaccins sont obligatoires pour fréquenter l'ALAE et l'ALSH

*Si votre enfant n'est pas à jour des obligations vaccinales, il ne pourra fréquenter l'ALAE et l'ALSH que sur présentation d'un certificat médical de contre-indication à la vaccination.

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT ALLERGIES :

ASTHME Oui Non

MEDICAMENTEUSES Oui Non

ALIMENTAIRES Oui Non

AUTRES :

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) : Oui Non

*Tout enfant présentant une allergie ou tout autre trouble de la santé évoluant sur une longue période doit faire l'objet d'un PAI avant son accueil (se procurer l'imprimé officiel auprès de la direction).

Votre enfant suit un traitement, ou présente un problème de santé nécessitant une surveillance particulière : maladie, accident, hospitalisation, opération (veuillez préciser les dates) :

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

Veuillez nous préciser les difficultés de santé (maladies, accidents, opération, saignements...) et recommandations utiles (prothèses, lunettes...) :

4- BESOIN D'UNE PRISE EN CHARGE PARTICULIERE : Oui Non

Votre enfant est-il atteint d'une maladie chronique : Oui Non

Votre enfant a-t-il une notification MDPH : Oui Non

Autre besoin spécifique, PRÉCISEZ :

AUTORISATIONS PARENTALES VALABLES DURANT TOUTE LA SCOLARITE

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

déclare sur l'honneur exercer l'autorité parentale sur le mineur :

Nom :

Prénom :

- m'engage à prévenir si l'enfant est malade et d'avertir de tout changement de coordonnées,
- autorise le Directeur, ou toute autre personne en son absence, à prendre les mesures nécessaires pour la santé de mon enfant et à faire appliquer les interventions d'urgence,
- m'engage à payer les éventuels frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuelles,

Par la signature de cette fiche d'inscription vous déclarez avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et l'acceptez ; vous acceptez également l'informatisation de ses données.

SIGNATURE(S) du ou des responsables :

Fait le / /