SIVOM

CORBIÈRES MÉDITERRANÉE

DOSSIER D'INSCRIPTION
ANNEE 2017-2018

☐ ALAE ☐ ALSH

L'enfant : ☐Garçon ☐Fille

Nom :_____ Prénom : _____

Date de Naissance :_____ Age :_____

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

M/Mme : _____(Père-Mère-Tuteur-Autres) **rayer la mention inutile**

Adresse :_____

Code postal :_____ Ville :_____

Adresse Mail :_____

☎ Téléphone personnel :_____

☎ Téléphone professionnel : _____

☎ Portable : _____

Assurance couvrant l'enfant : _____

N° Sécurité Social : ☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐

Adresse centre payeur :_____

☐ CAF ☐ MSA ☐ CMAF ☐ AUTRES

N° Allocataire : _____**(A renseigner obligatoirement)**

Quotient Familial :_____ **(A renseigner obligatoirement)**

Nom du médecin traitant :_____ ☎ Téléphone : _____

SIVOM Corbières Méditerranée – 1 rue Jean Cocteau - 11130 SIGEAN
Téléphone : 04.68.48.71.30 - Télécopie : 04.68.40.09.85
courriel : contact@cias-corbieresmediterranee.fr

CONJOINT :

M/Mme : _____(Père-Mère-Tuteur-Autres) **rayer la mention inutile**

Adresse :_____

Code postal :_____Ville :_____

Adresse Mail :_____

☎ Téléphone personnel :_____

☎ Téléphone professionnel : _____

☎ Portable : _____

N° Sécurité Social : /..../...../...../...../...../...../...../

Adresse centre payeur :_____

☐ CAF ☐ MSA ☐ ASA ☐ AUTRES

N° Allocataire : _____**(A renseigner obligatoirement)**

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE : (si l'Accueil de loisirs est dans l'impossibilité de prévenir les parents)

M/Mme : _____(Père-Mère-Tuteur-Autres) **rayer la mention inutile**

Adresse :_____

Code postal :_____Ville :_____

☎ Téléphone personnel :_____

☎ Téléphone professionnel : _____

☎ Portable : _____

Qualité : (parents , grands-parents, voisins...) : _____

AUTORISATIONS

J'autorise / je n'autorise pas (**rayer la mention inutile**), mon enfant à participer aux activités et sorties proposées par le centre de loisirs.

Droit à l'image :

J'autorise / je n'autorise pas (**rayer la mention inutile**), la prise de photos et de vidéos par l'accueil de loisirs lors des activités organisé par celui-ci à des fins d'illustration dans différents supports de communication :

Journaux locaux, sites internet de la mairie, exposition au centre de loisirs...

S.I.V.O.M.

CORBIÈRES MÉDITERRAN

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

1- VACCINATIONS

(joindre une copie du carnet de santé ou un certificat de vaccinations)

Vaccins obligatoires :	Vaccins recommandés pour tous :	Vaccins recommandés dans certaines situations :
☞ Diphtérie ☞ Tétanos ☞ Poliomyélite	☞ Coqueluche ☞ Hépatite B ☞ Infections à Haemophilus influenza B ☞ Infections invasives à méningocoque du sérogroupe C ☞ Infections à pneumocoque ☞ Oreillons ☞ Rougeole ☞ Rubéole	☞Grippe saisonnière ☞Hépatite A ☞Infection à papillomavirus humains (HPV) ☞Tuberculose ☞Varicelle

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical ?

O Oui O Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes :

Asthme O Oui O Non

Alimentaires O Oui o Non

Médicamenteuses O Oui O Non

Autres (animaux, plantes, pollen...) O Oui O Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (Si automédication le signaler).

_____

_____

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

O Oui O Non

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	O Oui O Non
Varicelle	O Oui O Non
Angine	O Oui O Non
Coqueluche	O Oui O Non
Rhumatisme articulaire aigu	O Oui O Non
Oreillons	O Oui O Non
Otite	O Oui O Non
Rougeole	O Oui O Non
Scarlatine	O Oui O Non

---

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

_____

_____

_____

4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

Nom : _____

Prénom : _____

Tel domicile : _____ Tel travail : _____

Tel portable : _____

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) : _____

N° sécurité sociale (dont dépend l'enfant) : _____

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'ai pris connaissance du fait que la notion d'urgence médicale est déterminée par les professionnels de santé et que l'autorité parentale ne peut être déléguée ni au directeur de l'accueil ni à l'organisateur.

Date : Signature du responsable légal :

Autorisation d'une ou plusieurs personnes à venir chercher votre/vos enfant(s) :

Nom :_____Prénom : _____

Lien avec l'enfant :_____

Téléphone domicile : _____

Nom :_____Prénom : _____

Lien avec l'enfant :_____

Téléphone domicile : _____

Nom :_____Prénom : _____

Lien avec l'enfant :_____

Téléphone domicile : _____

ENGAGEMENT DU REPRESENTANT LEGAL

Je soussigné, _____, responsable légal de l'enfant, reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du centre de loisirs et m'engage à le respecter.

Date : _____

Signature : **(précédée de la mention « Lu et approuvé »**

Liste de documents à joindre avec le dossier administratif :

- ➢ Fiche sanitaire de liaison,
- ➢ La copie des vaccins (carnet de santé) à jour,
- ➢ Un certificat médical spécifiant l'aptitude à la fréquentation de l'ALSH ainsi qu'aux activités physiques et nautiques.
- ➢ Une attestation signée autorisant une autre personne que le représentant légal à venir chercher les enfants à l'accueil de loisirs.
- ➢ Attestation CAF, MSA ou autre.
- ➢ Attestation d'assurance extrascolaire
- ➢ Indiquer votre Quotient Familial « QF »

Tout dossier d'inscription incomplet pourra être refusé.

SIVOM Corbières Méditerranée – 1 rue Jean Cocteau - 11130 SIGEAN
Téléphone : 04.68.48.71.30 - Télécopie : 04.68.40.09.85
courriel : contact@cias-corbieresmediterranee.fr