

ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT (ALSH MERCREDI)



L'enfant inscrit

Nom : Classe :
Prénom : Ecole :

Accueil à la journée : 7 h 30 / 18 h 30 **Accueil à la demi-journée :** soit 7 h 30 à 14 h ou 11 h 30 à 18 h 30

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX SUR L'ENFANT

P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé)

Oui (merci de fournir le document) Non
Précisez :

Handicap ou Troubles de l'Apprentissage (T.A.)

Oui (merci de fournir le document) Non
Précisez :

Maladie

Oui (merci de fournir le document) Non
Précisez :

L'enfant prend-il un traitement durant l'accueil ?

Oui (merci de fournir le document) Non
Précisez :

Assurance

Assureur :
N° de Contrat :
Date de validité :/...../..... Au/...../.....

Autorisation(s) de l'inscrit

- Autorisation de sortie
- Droit à l'image
- Autorise mon enfant à rentrer seul après le Centre de Loisirs

Médecin et Hospitalisation

Nom :
☎ :/...../...../...../.....
Hôpital (si hospitalisation) :

Vaccins Date de la dernière vaccination Autres vaccins Date de la dernière vaccination

<input type="checkbox"/> DTP/DTCP/DTCPhi /...../..... <input type="checkbox"/> BCG /...../..... <input type="checkbox"/> ROR /...../.....	<input type="checkbox"/>/...../..... <input type="checkbox"/>/...../..... <input type="checkbox"/>/...../.....
---	--

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'inscrit

Nom-Prénom :	Liens : (père, ami, tante...)	☎ Domicile	☎ Portable
...../...../...../...../...../...../...../...../.....
...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence

Nom-Prénom :	Liens : (père, ami, tante...)	☎ Domicile	☎ Portable
...../...../...../...../...../...../...../...../.....
...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Je soussigné(e) :

- Autorise les services municipaux encadrant l'inscrit à prendre les mesures de soins d'urgence.
- Certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.
- M'engage à prévenir le(s) service(s) de toute modification.
(*changement d'adresse, numéros de téléphone, problème de santé, situation familiale...*)
- M'engage à prendre connaissance et à respecter le règlement intérieur de l'ALSH.
- M'engage à fournir tout document médical permettant une meilleure prise en charge de l'enfant.

Signature

Date :/...../.....

Pièces à fournir

Le cas échéant :

- Décision de justice selon la situation
- Notification MDPH ou/et Carte de Mobilité Inclusion
- P.A.I.
- Ordonnance Médicale