



FICHE DE RENSEIGNEMENTS
 Septembre 2017 - Août 2018

ALSH / ACCUEIL PÉRISCOLAIRE
STAGES MULTI ACTIVITÉS

Nom(s) et Prénom de l'enfant : _____
 Date de naissance : _____ Classe : _____
 Nom de l'école : _____

Allergies alimentaires, médicales ou traitements à nous signaler (port de lunettes, prothèses,...) : _____

Père (ou représentant légal)	Mère
Nom/Prénom	
Adresse	
N° domicile	
N° portable	
N° travail	

N° Sécurité Sociale : _____
 Mutuelle : _____
 N° d'allocationnaire (CAF/MSA/Marine) : _____
 Quotient Familial : _____

Personnes autres que les parents autorisées à venir chercher l'enfant	
Nom	
Prénom	
Adresse	
N° domicile	
N° portable	

Une pièce d'identité sera demandée

Documents à fournir :	Documents fournis :
<input type="checkbox"/> Original CAF (Quotient familial)	<input type="checkbox"/> Règlement intérieur ALSH
<input type="checkbox"/> Photocopie des vaccins	<input type="checkbox"/> Règlement Accueil Périscolaire
<input type="checkbox"/> Certificat médical de non contre-indication à la pratique des activités sportives et nautiques	<input type="checkbox"/> Tarifs
<input type="checkbox"/> Brevet de natation (si nécessaire)	

Je, soussigné(e) _____ responsable légal(e) de l'enfant _____, certifie avoir pris connaissance du fonctionnement et des conditions financières de l'Accueil.

Je certifie que mon enfant ne présente pas, à ma connaissance, de contre-indication médicale susceptible de lui interdire la pratique des activités proposées dans le cadre de l'Accueil (jeux, déplacement à pied, à vélo, baignades, activités sportives et manuelles...) et l'autorise à les pratiquer.

Je décharge les animateurs et la Direction de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant et après la prise en charge effective de l'enfant.

J'autorise mon enfant à :

- rentrer seul le soir après l'accueil périscolaire
- rentrer seul le soir après l'ALSH (mercredis et vacances scolaires)
- rentrer seul après les Stages Multi activités (7-11 ans)
- utiliser les moyens de transport du service lors des activités extérieures

J'autorise les services à :

- prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'incident (urgence médicale) et d'indisponibilité de ma part (conduire mon enfant à l'hôpital et assurer sa sortie). J'autorise le médecin à pratiquer toute intervention jugée nécessaire et urgente. Je m'engage à rembourser les honoraires médicaux et frais pharmaceutiques avancés en raison des soins engagés.
- photographier et/ou filmer mon enfant et j'autorise la diffusion de l'image dans la presse, sur le site Internet de la Ville ou en affichage dans les locaux de l'Accueil

Lieu et date : _____ Signature : _____