

FICHE DE LIAISON
ENFANT
Nom **Prénoms** :

 Sexe Garçon Fille Age :

Il est impératif que l'enfant ait 3 ans le premier jour du centre et 6 ans maximum (date limite le jour de l'anniversaire)

Date et lieu de naissance

RESPONSABLE LEGAL (prise en charge de l'enfant au niveau de la sécurité sociale)
Nom et prénom du père : Responsable légal

Adresse complète : (cochez la case)

 Profession :
Nom et prénom de la mère

 Adresse complète :

Profession :

☎ : Domicile du responsable : Travail Monsieur :

Portable : Travail Madame :

Organisme de sécurité sociale : N°SS :

Nom de la mutuelle :

Nom de la compagnie d'assurance (fournir l'attestation de responsabilité civile des parents) :

N° allocataire MSA :

ou N° allocataire CAF :

copie de l'attestation vacances CAF / original bons vacances MSA

Parent bénéficiaire du RSA oui non

AUTORISATION PARENTALE
Je soussigné(e) Mr-Mme :

Responsable légal de l'enfant :

- autorise le responsable de l'ALSH maternel à laisser mon enfant quitter celui-ci dans les conditions suivantes :

 accompagné par moi-même

 accompagné par l'une des personnes suivantes : (adresse et téléphone)

.....(Le personnel encadrant sera en mesure de demander une pièce d'identité sur l'identification de la personne)

-certifie avoir pris connaissance et accepté le règlement intérieur de l'ALSH

-atteste que mon enfant est assuré pour le temps extra scolaire

-autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités proposées par l'accueil

-autorise mon enfant à figurer sur les photographies de groupe liées aux activités ALSH

Renseignements divers que vous voulez porter à la connaissance du personnel :
MODE DE PAIEMENT
Mode de paiement accepté : Chèque à l'ordre du Trésor Public, Mandat Cash à l'ordre suivant : Perception de Peyriac Minervois pour le compte du C.I.A.S du Haut-Minervois, Espèces , chèques vacances et C.E.S.U.

1 semaine (5 jours)
Plein tarif : 62 €

Tarif allocataire CAF : 52 € (joindre la copie de l'attestation CAF)

Tarif avec l'aide aux temps libres CAF 6 € : 32 € - Joindre la copie de l'attestation vacances

Tarif avec l'aide aux temps libres CAF 8€ : 22 € - Joindre la copie de l'attestation vacances

Tarif avec bons MSA (original) : 32 € Joindre le bon vacance (original)

Montant à régler à l'inscription, le paiement faisant office d'inscription

tournez la page SVP →

FICHE SANITAIRE

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

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

angines oui non oreillons oui non coqueluche oui non
varicelles oui non otites oui non rougeole oui non
scarlatine oui non asthmes oui non rubéole oui non
autres :

Recommandations des parents :

.....

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement? oui non

Si oui, lequel?
(N'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments)

REGIME ALIMENTAIRE SANS PORC oui, j'en mange non, je n'en mange pas

Votre enfant est-il suivi par un organisme spécialisé (maladie chronique, handicap...)

Si oui, lequel?
Acceptez vous que le directeur de l'accueil contacte cet organisme pour obtenir plus de renseignements nécessaires l'accueil de votre enfant? Oui non

L'enfant a-t-il des allergies oui non

si oui, lesquelles?

L'enfant porte -t-il des lunettes? oui non

Je soussigné, déclare que l'enfant doit porter / ne doit pas porter (rayer mention inutile) ses lunettes pendant les activités physiques d'extérieur ou d'intérieur

VACCINATIONS A remplir avec le carnet de santé, ou joindre les photocopies du carnet de santé

Noms des vaccins	Dates de vaccination
Diphtérie, tétanos, polio (3 dates)	
Dernier rappel	

MEDECIN TRAITANT-CENTRE HOSPITALIER SOUHAITE

Nom de médecin traitant :

Adresse :

N° tél :

Joindre un certificat médical indiquant : - si l'enfant est apte à vivre en collectivités, -s'il peut pratiquer toutes les activités physiques sinon indiquer lesquelles, -s'il ne présente aucune signe clinique décelable d'affection contagieuse

Etablissement hospitalier :

Adresse :

N° tél :

En cas d'accident, prévenir (préciser nom/prénom/ lien de parenté avec l'enfant et n° téléphone) :

.....
.....

TRANSPORT

Je soussigné(e) Mr-Mme :

Responsable légal de l'enfant :

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
-autorise le responsable du ALSH à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant

Signature suivie de la mention "lu et approuvé"

fait à _____ le,