

Recommandations des parents :

Régime alimentaire particulier :

Contacts en cas d'urgence (autre que les parents):

*Nom-Prénom : N° de tél :

*Nom-Prénom : N° de tél :

*Nom-Prénom : N° de tél :

*Nom-Prénom : N° de tél :

Informations

Numéro de sécurité sociale du responsable de l'enfant :

Nom et Tél du médecin traitant :

Je soussigné(e) :

Responsable de l'enfant :

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
- Autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Signature :

Date :

faire précéder de la mention «lu et approuvé»

Réservé services SPL

Autorisation de prélèvement RIB Option Pass Ados

Votre adhésion annuelle sera prélevée lors de la 1ère facture

Année : 2019

Valable du 02/01/2019 au 31/12/2019

ALSH 11-17 ans



Dossier d'inscription ESPACES JEUNES



Le Jeune

Nom :

Prénom :

Garçon

Fille

Adresse :

Date de naissance : ... / ... / ... Tel portable : ... / ... / ... / ... / ...

Père-Mère-Tuteur

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tel portable:

Tel domicile :

Tel pro :

E-mail :

Profession :

Père-Mère-Tuteur

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tel portable :

Tel domicile :

Tel pro :

E-mail :

Profession :

Réservé services SPL :

Quotient familial

Tranche Tarifaire

Verif FS

APS non

N° Allocataire CAF : Nom de l'allocataire :
J'autorise EPM à consulter mes données sur Caf Pro, à défaut ou si aucune information n'est disponible, la tarification maximum me sera appliquée.

Ou

N° Allocataire MSA : Nom de l'allocataire :
Je m'engage à fournir une attestation MSA de moins de 3 mois comportant le quotient familial, ou la tarification maximum me sera appliquée.

Autorisation de départ :

Je soussigné(e) Mme, M.,
responsable légal de l'enfant

- Autorise mon enfant à partir seul Oui Non

- Autorise mon enfant à partir uniquement accompagné de :

*Nom-Prénom : N° de tél :

*Nom-Prénom : N° de tél :

*Nom-Prénom : N° de tél :

*Nom-Prénom : N° de tél :

Une pièce d'identité sera demandée si la personne venant récupérer l'enfant n'est pas connue de l'équipe d'animation.

Droit à l'image :

J'autorise la SPL «Enfance en Pays Mornantais» et la Communauté de Communes du Pays Mornantais à utiliser dans ses supports ou supports intercommunaux, les photos ou vidéos réalisées afin de contribuer à la promotion des activités et à la promotion du territoire du Pays Mornantais. Ceci exclut l'utilisation à des fins commerciales sans accord préalable de l'autorité parentale.

Règlement intérieur :

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepter les termes sans restriction.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Selon Cerfa 1008*02 du code de l'action sociale et des familles

Vaccination :

(se référer au carnet de santé, indiquer la date du dernier rappel)

DT POLIO : (Vaccin anti tétanique obligatoire)

BCG :

Hépatite B :

Rubéole, Oreillons, Rougeole :

Autres (précisez) :

Autres (précisez) :

Renseignements médicaux :

* Taille : Poids :

*L'enfant suit-il un traitement médical: oui – non

Si oui, joindre une copie de l'ordonnance et les médicaments correspondants.
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

*L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : (entourez celle(s) contractées)

Rubéole- Varicelle- Angine- Rhumatisme articulaire aigu-
Scarlatine-Coqueluche-Otite-Rougeole-Oreillons

Allergies :

En cas de spécificité de santé (allergie, asthme, maladie chronique etc...),
il est obligatoire de produire un Protocole d'accueil (rédigé par un médecin).

Merci de prendre contact avec l'équipe d'animation.

Asthme : oui – non

Allergie médicamenteuse : oui – non

Allergie Alimentaire : oui-non

Autre : oui- non

Précisez l'allergie:

Difficultés de santé : (maladie, accident, hospitalisation, opérations etc)

.....
.....
.....
.....