



DOSSIER D'INSCRIPTION

10 - 17 ans -

ADO.

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone domicile :

Téléphone travail :

Portable :

Pièces à joindre au dossier

- Certificat d'assurance scolaire
- 
- Autorisation de prise de photos
- Autorisation d'hospitalisation
- PAI



## Fiche d'inscription : ADO 2018-2019 10-17 ANS

Etablissement : ALSH

### ALSH AM 10-17 ans

- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

- Inscription occasionnelle

### ALSH Matin 10-17 ans

- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

- Inscription occasionnelle

### ALSH Repas

- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

- Inscription occasionnelle

Date et signature



## Fiche individuelle

Prénom :

Nom :

Sexe :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Ecole ou accueil de loisirs :

Classe ou groupe d'âges

### Informations médicales

Nom du médecin :

Téléphone du médecin :

Protocole d'accueil individualisé :

### Assurance

Compagnie d'assurance :

Numéro de police :

### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Prénom

Nom

Lien de parenté

Téléphone

Mobile

### Informations complémentaires

Autorise à partir seul

oui  non

Autorise l'hospitalisation en cas d'urgence

oui  non

Autorise la prise de photo

oui  non

Autorise la participation aux sorties scolaires

oui  non

Port de lunettes

oui  non

Port d'un appareil dentaire

oui  non

Port d'un appareil auditif

oui  non

### Pratiques alimentaires

Type de régime

Commentaires



## Fiche de la famille

### Responsable

Civilité : Prénom : Nom :

#### Situation

Qualité\* : Situation familiale\*\* :

\* Père / Mère / Belle-mère / Beau-père /

\* Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

#### Adresse

Adresse :

Code postal : Ville :

#### Coordonnées

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Téléphone mobile :

#### Profession

Profession : Catégories socio-professionnelles : \*

Employeur : Adresse :

\* Agriculteurs exploitants / Artisans, commerçants et chefs d'entreprise / Autres personnes sans activité professionnelle / Cadres et professions intellectuelles supérieures / Employés / Ouvriers / Professions intermédiaires / Retraités

#### Organismes Tiers

N° CAF : N° MSA : Régime\* :

\* Régime agricole / Régime général / Hors régime général

#### Autorisations

Information par mail\* : Information par SMS\* :

\* Oui / Non

### Conjoint

Civilité : Prénom : Nom :

#### Situation

Qualité\* : Situation familiale\*\* :

\* Père / Mère / Belle-mère / Beau-père /

\* Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON**

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS ( se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui  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 MALADIES SUIVANTES

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

ALLERGIES : ASTHME oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non

MÉDICAMENTEUSES oui  non   
AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE)