

Les inscriptions ne peuvent être validées qu'après réception de tous les documents demandés ci-dessous.

**Les Documents demandés à l'inscription :**

- Fiche sanitaire de liaison permanente remplie recto/verso et signée
- Fiche d'inscription (périscolaire et mercredi)
- Avis d'imposition 2024 sur l'année 2023 dès réception
- Copie du volet vaccination du carnet de santé (nous ne ferons pas de copie sur place)

Nous vous rappelons que tous les accueils et repas seront facturés si vous dépassez les délais de prévenance selon le règlement intérieur en vigueur.

- Accueils sans repas : 48 heures
- Accueil avec repas et repas : le jeudi 10h00 pour la semaine suivante

Je soussigné(e) .....  
responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... Signature :

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON ALSH CROCKYLOU

**Document confidentiel, joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination**

Nom du mineur \_\_\_\_\_

Prénom du mineur : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexe :  Garçon  Fille

Classe si scolarisé à Montmorot \_\_\_\_\_

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (arrêté du 20/02/2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs)

ALSH CROCKYLOU

8 rue du stade

39570 MONTMOROT

Tel : 03 84 86 21 12

@ : [alsh.crockylou@leolagrange.org](mailto:alsh.crockylou@leolagrange.org)



**Autres personnes (mineures ou majeures) à qui l'on peut confier l'enfant :**

Nom, prénom : ..... Qualité : ..... N° tél: .....

Nom, prénom : ..... Qualité : ..... N° tél: .....

Nom, prénom : ..... Qualité : ..... N° tél: .....

Nom, prénom : ..... Qualité : ..... N° tél: .....

**Renseignements concernant le mineur**

**Régime alimentaire :**  Sans régime  Sans porc  Végétarien

**Allergies :**  Asthme  Alimentaires  Médicamenteuses  Autres

Si oui, précisez la cause et la conduite à tenir :

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

**Santé :** Le mineur présent-t-il un problème de santé :  Oui  Non

Si oui, précisez :

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

**Allergène :** Autorise l'accueil de loisirs d'appliquer de la Biafine et de l'Arnigel (brûlure, contusion):  Oui  Non

**Photographie :** Autorise mon enfant à être photographié (kidizz, presse, affichage) :  Oui  Non

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

**Situation de famille**

Marié(e)  Séparé(e)  Vie maritale  Célibataire  Pacsé(e)

**Responsable n°1**

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

.....

N° de fixe : ..... N° de portable : .....

N° de téléphone professionnel : .....

**Responsable n°2**

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

.....

N° de fixe : ..... N° de portable : .....

N° de téléphone professionnel : .....

**Communication**

Courriel (informations et factures) : .....@.....

**Sécurité sociale**

N° sur lequel l'enfant est rattaché : .....

**Allocataire :**  CAF ou  MSA n° : .....