

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)
- Une copie de votre dernier avis d'imposition
- Une copie du volet vaccination du carnet de santé

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 09h00 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



santé
famille
retraite
services



leolagrange
FÉDÉRATION



Montmorot

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 :

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

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° :