

Dossier d'inscription à l'ALSH

CCPCP

Dossier famille

Civilité : nom de famille :

Adresse :

.....

.....

Situation familiale : Marié / Pacsé Union libre Divorcé/Séparé Célibataire Veuf/ veuve

N° de fixe (1) :/...../...../...../..... N° de fixe (2) :/...../...../...../.....

@mail :

N° allocataire (du père ou de la mère ou du responsable) :

Nbr. total d'enfant : Nbr. d'enfant à charge (CAF) :

Responsable légal n°1

Responsable légal n°2

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Né le : /..... /..... À :

Née le : /..... /..... À :

Adresse :

Adresse :

.....

.....

Profession :

Profession :

Adresse prof :

Adresse prof :

.....

.....

N° fixe :/...../...../...../.....

N° fixe :/...../...../...../.....

N° mobile :/...../...../...../.....

N° mobile :/...../...../...../.....

N° professionnel :/...../...../...../.....

N° professionnel :/...../...../...../.....

@mail :

@mail :

Cadre réservé à l'administration

Quotient 1 Quotient 2 Quotient 3 Quotient 4 Quotient 5

Enfants de la famille

Nom & Prénom :

Nom & Prénom :

né(e) le : ___/___/___

né(e) le : ___/___/___

Nom & Prénom :

Nom & Prénom :

né(e) le : ___/___/___

né(e) le : ___/___/___

Nom & Prénom :

Nom & Prénom :

né(e) le : ___/___/___

né(e) le : ___/___/___

Dossier enfant (s) à compléter

Fiche enfant n°1

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____

à : _____

Sexe : M F

Ecole fréquentée : _____

Médecin traitant : N° de tél :/...../...../...../.....

Vaccin (s) :

DTPolio/DTC (obligatoire) : __/__/__

Hépatite B : __/__/__

BCG : __/__/__

ROR : __/__/__

Autre (s) : __/__/__

..... __/__/__

Allergie(s) :

Régime alimentaire :

Antécédents médicaux & maladie (s) :

Fiche enfant n°2

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____

à : _____

Sexe : M F

Ecole fréquentée : _____

Médecin traitant : N° de tél :/...../...../...../.....

Vaccin (s) :

DTPolio/DTC (obligatoire) : __/__/__

Hépatite B : __/__/__

BCG : __/__/__

ROR : __/__/__

Autre (s) : __/__/__

..... __/__/__

Allergie(s) :

Régime alimentaire :

Antécédents médicaux & maladie (s) :

Dossier enfant (s) à compléter

Fiche enfant n°3

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____

à : _____

Sexe : M F

Ecole fréquentée : _____

Médecin traitant : N° de tél :/...../...../...../.....

Vaccin (s) :

DTPolio/DTC (obligatoire) : ___/___/___ Hépatite B : ___/___/___ BCG : ___/___/___

ROR : ___/___/___ Autre (s) : ___/___/___ ___/___/___

Allergie(s) :

Régime alimentaire :

Antécédents médicaux & maladie (s) :

Fiche enfant n°4

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____

à : _____

Sexe : M F

Ecole fréquentée : _____

Médecin traitant : N° de tél :/...../...../...../.....

Vaccin (s) :

DTPolio/DTC (obligatoire) : ___/___/___ Hépatite B : ___/___/___ BCG : ___/___/___

ROR : ___/___/___ Autre (s) : ___/___/___ ___/___/___

Allergie(s) :

Régime alimentaire :

Antécédents médicaux & maladie (s) :

Autorisations aux soins

Nous soussignés, Madame, Monsieur : _____
AUTORISE(NT) le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon/mes enfant(s) : transfert en pédiatrie/ transfert aux urgences

DECHARGE(NT) la direction de la structure de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.

AUTORISE(NT) l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon/mes enfant(s).

A _____, le ____/____/____ mention « lu et approuvé »

Signature des parents

Conditions de départ de l'enfant : Personnes autorisées

Nous soussignés, Madame et Monsieur : _____ AUTORISE(NT) les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon/mes enfant(s) à la structure sur présentation de leur pièce d'identité.

Nom et Prénom	Adresse	Téléphone	Lien de parenté

Autorise(nt) mon /mes enfant(s) à rentrer seul : OUI NON

A _____, le ____/____/____ mention « lu et approuvé »

Signature des parents

Autorisations de consultation du site CAFPRO

Nous soussignés, Madame et Monsieur : _____ AUTORISE(NT) la direction à consulter notre dossier allocation CAFPRO, afin d'accéder directement au quotient familial à prendre en compte pour le calcul des participations des ressources financières.

A _____, le ____/____/____ mention « lu et approuvé »

Signature des parents

Autorisations d'utilisation de l'adresse @mail

Nous soussignés, Madame et Monsieur : _____ AUTORISE(NT)

l'utilisation de notre adresse email suivante : _____ pour recevoir mes factures et toutes informations concernant l'ALSH.

A _____, le ____/____/____ mention « lu et approuvé »

Signature des parents

Règlement intérieur

Nous soussignés, Madame et Monsieur : _____ atteste (nt) avoir pris connaissance du règlement intérieur.

A _____, le ____/____/____ mention « lu et approuvé »

Signature des parents