

Dossier d'adhésion Enfant

ALSH CLAS

DOCUMENTS À JOINDRE

- Photocopie du carnet de vaccination OU Attestation de vaccination par le médecin
- Attestation d'assurance scolaire

ENFANT

Nom Prénom

Date et lieu de naissance Sexe F M

Classe Etablissement scolaire Enseignant

Téléphone de l'enfant (s'il en a un)

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT (parents ou tuteur légal)

Responsable légal 1

Responsable légal 2

| | |
|------------------|-------------------|
| Nom | Nom |
| Prénom | Prénom |
| Portable | Portable |
| Téléphone 2..... | Téléphone 2 |

DECHARGE DE RESPONSABILITE

En tant que responsable légal de l'enfant, j'autorise :

- En cas d'urgence, les responsables de la structure à prendre toutes les mesures, nécessaires (hospitalisations, interventions, etc.)
- Mon enfant à partir seul(e) de la Source
- Mon enfant à récupérer son/ses soeur(s)/frère(s) (préciser les prénoms).....
- Mon enfant à être récupéré(e) par son/ses soeur(s)/frère(s) (idem):
- Les animateurs à récupérer mon/mes enfants à l'école (CLAS)
- Les animateurs à réaliser des déplacements avec mon enfant : à pied, en minibus, en transports en commun

Autorise La Source à publier des photographies ou films dans le cadre des activités du centre, contenant l'image de mon enfant sur :

- Affiche/ flyers, presse, plaquettes, magazine municipal, expositions
- Site internet, Facebook et Instagram de La Source et municipaux

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER MON ENFANT

| | |
|-----------------|--------------|
| Nom | Prénom |
| Téléphone | |
| Nom | Prénom |
| Téléphone | |
| Nom | Prénom |
| Téléphone | |

Fiche Sanitaire de Liaison

ENFANT

Nom Prénom

Numéro de Sécurité Sociale

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il un PAI ? OUI NON
Si oui : Merci de joindre une copie du PAI, le médicament et de prendre rendez vous avec l'animateur référent

L'enfant fait-il de l'asthme ? OUI NON
Si oui : Merci de joindre une copie de l'ordonnance

L'enfant bénéficie-t-il de l'AEEH ? OUI NON
Si oui : Merci d'en informer l'équipe afin d'adapter au mieux son accueil

ALLERGIES

Médicamenteuses OUI NON

Alimentaires OUI NON

Piqûres d'insectes OUI NON

Préciser la conduite à tenir

INFORMATIONS DIVERSES

Difficultés de santé (troubles, maladies, accidents)

Procédure d'éloignement

Recommandations utiles

MEDECIN TRAITANT

Nom Ville Téléphone

Je/Nous soussigné(e-s)/ons
responsable(s) légal (aux) de l'enfant, atteste/ons avoir pris connaissance du règlement intérieur de
l'ALSH et s'engage/ons à l'appliquer.

Fait à le /...../ Signatures :

En application des articles 39 et suivants la loi du 6 janvier 1978 modifié, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, pour ce faire, veuillez-vous adresser à Mme Villaescusa.