



DOSSIER D'INSCRIPTION

A.L.S.H.

ANNÉE SCOLAIRE 2024-2025



ENFANT

Nom :

Prénom :

SEXE : GARÇON FILLE

Lieu de naissance :

Date de naissance :/...../.....

Classe :

RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal 1 : Père Mère Tuteur

Responsable légal 2 : Père Mère Tuteur

NOM :

NOM :

Prénom :

Prénom :

Né(e) le : à

Né(e) le : à

Adresse :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Tél. professionnel :

Courriel :

Courriel :

Profession :

Profession :

Code profession : (voir les codes ci-dessous)

Code profession : (voir les codes ci-dessous)

Autorité Parentale : OUI NON

Autorité Parentale : OUI NON

Prévenir en cas d'urgence : OUI NON

Prévenir en cas d'urgence : OUI NON

Payeur : OUI NON

Payeur : OUI NON

Cochez la case correspondante à la situation actuelle

Célibataire Pacsés Mariés Séparés

Divorcés Veuf (ve) Union Libre

Garde conjointe et simultanée des 2 parents.

Garde chez un seul parent (à préciser) :

Garde alternée - Semaine paire, chez :

- Semaine impaire, chez :

ASSURANCES

Régime d'assurance maladie : CPAM MSA Autres

CAF : Numéro d'allocataire : Hérault Autre

J'accepte la récupération des informations sur mon compte partenaire (CDAP)

PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (Autres que les parents)

NOM Prénom	Lien parenté	Téléphone	REC (*)	URG (*)

(*) REC : pouvant récupérer l'enfant

(*) URG : à prévenir en cas d'urgence si absence des parents

Votre enfant est scolarisé en :

- Maternelle Élémentaire Extérieur
Ecole d'affectation : Anita GIL Louise Michel Jean D'Ormesson St Jean-Baptiste
 Georges RASCOL René CASSIN Alain CABROL

Frère(s) et Sœur(s) scolarisés sur la commune :

NOM/PRENOM : ECOLE..... CLASSE.....
NOM/PRENOM : ECOLE..... CLASSE.....
NOM/PRENOM : ECOLE..... CLASSE.....
NOM/PRENOM : ECOLE..... CLASSE.....

INFORMATIONS MÉDICALES

➤ **VACCINATIONS :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

3 VACCINS OBLIGATOIRES (DTP)	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
DIPHTERIE		COQUELUCHE (souvent avec DTP)	
TÉTANOS		HÉPATITE B (souvent avec DTP)	
POLIOMYÉLITE		PNEUMOCOQUE	
AUTRES VACCINS EVENTUELS (préciser)		ROUGÉOLE-OREILLONS-RUBÉOLE	

➤ **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Médecin traitant : Téléphone :

L'enfant porte-t-il des prothèses auditives, des lentilles, des prothèses dentaires : Oui Non

L'enfant a-t-il eut les maladies suivantes : Coqueluche Oreillons Rougeole
Rubéole Scarlatine Varicelle Angine Otite Rhumatisme

L'enfant a-t-il :

- de l'asthme : Oui Non
- des allergies : Oui Non Préciser :
- un PAI : Oui Non
 - Alimentaire Panier repas fourni par la famille : Oui Non
 - autres

(Fournir une photocopie du PAI)

- un accompagnement AESH : Oui Non
- Percevez-vous l'AEEH pour votre enfant ? : Oui Non

AUTORISATIONS

- Je souhaite que mon enfant bénéficie du plat de substitution : sans porc repas végétarien
- En cas d'urgence, faire hospitaliser mon enfant au centre hospitalier le plus proche et faire pratiquer les soins, examens et interventions nécessaires : Oui Non
- Transporter mon enfant par les véhicules de la commune, les transports en commun et les véhicules affrétés par la ville auprès d'un prestataire de transport collectif sous la surveillance d'un animateur, afin de pratiquer toutes activités organisées : Oui Non
- A utiliser des photos ou vidéos prises dans le cadre des activités organisées pour une stricte utilisation sur les supports de communication de la ville : Oui Non

Les autorisations courent chaque année par tacite reconduction, sauf annulation écrite déposée.

Nous, Monsieur/Madame et Monsieur/Madame
 Responsables légaux de l'enfant : déclarons l'exactitude des informations
 portées sur ce dossier.

Fait le
 Signature du Père, mère, tuteur (1)

à
 Signature du Père, mère, tuteur (1)

(1) Rayer la mention inutile

Codification des professions et catégories sociales

10- Agriculteurs exploitants	55-Employés de commerce
21-Artisans	56-Personnels des services directs aux particuliers
22-Commerçants et assimilés	62-Ouvriers qualifiés de type industriel
23- Chefs d'entreprise de 10 salariés et plus	63- Ouvriers qualifiés de type artisanal
31-Professions libérales	64-Chauffeurs
33-Cadres de la fonction publique	65-Ouvriers qualifié de la manutention, du magasinage, du transport
34-Professeurs, professions scientifiques	67-Ouvriers non qualifiés de type industriel
35-Professions de l'information, des arts et des spectacles	68-Ouvriers non qualifiés de type artisanal
37-Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise	69-Ouvriers agricoles
38-Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise	71-Retraités agriculteurs exploitants
42-Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés	72-Retraités artisans, commerçants, chefs d'entreprise
43-Professions intermédiaires de la santé et du travail social	74-Anciens cadres
44-Clergé, religieux	75-Anciennes professions intermédiaires
45-Professions intermédiaires administratives de la fonction publique	77-Anciens employés
46-Professions intermédiaires administratives commerciales en entreprise	78-Anciens ouvriers
47-Techniciens	81-Chomeurs n'ayant jamais travaillé
48-Contremaitres, agents de maîtrise	83-Militaires du contingent
52-Employés civils, agents de service de la fonction publique	84-Elèves, étudiants
53-Policiers et militaires	85-Personnes sans activité professionnelle <60 ans (sauf retraités)
54-Employés administratifs d'entreprises	86-Personnes sans activité professionnelle >=60 ans (sauf retraités)

Accueil de Loisirs Sans Hébergement « Les Garrigues »

PÔLE EDUCATION ENFANCE JEUNESSE ET LOISIRS

ACTE D'ENGAGEMENT AU RESPECT DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Engagement des responsables légaux :

Je soussigné (e) : (préciser père – mère ou tuteur légal)

- Madame
- Monsieur

Reconnais avoir pris acte du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs et engage ma responsabilité quant au respect des consignes établies dans le document.

A le

Signature : (préciser père – mère ou tuteur légal)

Lu et approuvé, bon pour accord

Lu et approuvé, bon pour accord