



**DOSSIER D'INSCRIPTION
A.L.S.H.
ANNÉE SCOLAIRE 2020-2021**

**PHOTO
OBLIGATOIRE**



ENFANT

NOM : Prénom :
 Sexe : GARÇON FILLE
 Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance :

RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal 1 : Père Mère Tuteur

NOM :
 Prénom :
 Né le : à
 Adresse :

 Tél. domicile :
 Tél. portable :
 Tél. professionnel :
 Courriel :

Autorité Parentale : OUI NON
Prévenir en cas d'urgence : OUI NON
Payeur : OUI NON

Responsable légal 2 : Père Mère Tuteur

NOM :
 Prénom :
 Né le : à
 Adresse :

 Tél. domicile :
 Tél. portable :
 Tél. professionnel :
 Courriel :

Autorité Parentale : OUI NON
Prévenir en cas d'urgence : OUI NON
Payeur : OUI NON

Cochez la case correspondante à la situation actuelle

- 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 Autres

PERSONNES AUTORISÉES À 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

Cadre réservé à l'administration :

- École d'affectation : Extérieur Maternelle Élémentaire
 Escholiers Louise Michel Ormesson Cassin/Cabrol

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
DIPHTÉRIE		COQUELUCHE (souvent avec DTP)	
TÉTANOS		HÉPATITE B (souvent avec DTP)	
POLIOMYÉLITE		PNEUMOCOQUE	
AUTRES VACCINS ÉVENTUELS (préciser)		ROUGEOLE-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 eu les maladies suivantes :
 Rubéole Scarlatine Varicelle Coqueluche Oreillons Rougeole
 Angine Otite Rhumatisme

L'enfant a-t-il :

- **de l'asthme** : Non Oui
- **des allergies** : Non Oui Précisez :
- **un PAI** : Non Oui alimentaire /autre

Autres difficultés de santé à signaler :

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 ou les transports en commun, sous la surveillance d'un animateur, afin de pratiquer toutes activités organisées Oui Non
- Laisser 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

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)