

### Enfant

**NOM** : ..... **Prénom** : .....

Né le : ...../...../..... à : ..... Sexe : F  M

N° de sécurité sociale : ..... + 6 ans  - 6 ans

Adresse où vit l'enfant : .....

Adresse de facturation : .....

Mère Responsable légal de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père Responsable légal de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
.....	.....
 domicile : .....	 domicile : .....
 Travail : .....	 Travail : .....
 Portable : .....	 Portable : .....
Mail : .....	Mail : .....
Profession : .....	Profession : .....

### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant à l'ALSH

Nom et prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

## Renseignements médicaux / Fiche sanitaire

Médecin traitant : ..... Téléphone : .....

Groupe sanguin : .....

- L'enfant fait-il la sieste ? **NON OUI**
- L'enfant suit-il un traitement médical ? **NON OUI** si oui lequel ? .....
- Un PAI (protocole d'accueil individualisé) a-t-il été signé avec l'établissement scolaire ?  
**NON OUI** si oui, fournir une copie et prendre contact avec la responsable de l'ALSH

<u>Vaccination</u>	<u>Dernier rappel</u>	<u>Maladies</u>	<u>Oui</u>	<u>Non</u>
BCG	...../...../.....	Angine		
Hépatite B	...../...../.....	Coqueluche		
ROR	...../...../.....	Oreillons		
Coqueluche	...../...../.....	Otite		
Tétracoq	...../...../.....	Rhumatisme articulaire		
Dt Polio	...../...../.....	Rougeole		
Diptérie	...../...../.....	Rubéole		
Polyomélite	...../...../.....	Scarlatine		
Tétanos	...../...../.....	Varicelle		
Autres (précisez)	...../...../.....	Autres (précisez)		

**Joindre éventuellement une photocopie du carnet de santé (vaccins)**

### Recommandations des parents :

Indiquer les difficultés de santé rencontrées (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations) en précisant les dates et précautions à prendre.

.....

.....

.....

### Allergies :

Médicamenteuses : **NON OUI** si oui lesquelles ? .....

Alimentaires : **NON OUI** si oui lesquelles ? .....

Autres : ..... Asthme : **NON OUI**

Précisez les causes de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

## Personnes à contacter en cas d'urgence (si les responsables légaux ne sont pas joignables)

Nom et prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

## Vos prestations sociales et familiales (pour le calcul du tarif journalier)

Régime :  CAF  MSA  Autres : .....

N° d'allocataire CAF ou MSA : .....

Quotient familial (CAF ou MSA) : .....

Fournir une attestation de  
quotient familial disponible  
auprès de la CAF/MSA

**Le tarif non ressortissant du régime général sera appliqué aux familles qui ne fourniront pas un justificatif de leur quotient familial.**

Nom-prénom des frères ou sœurs inscrits à l'ALSH : 1<sup>er</sup> : .....

2<sup>nd</sup> : .....

3<sup>ème</sup> : .....

4<sup>ème</sup> : .....

Compagnie d'assurance : ..... N° de contrat : .....

## Autorisations et Attestations

- Mon enfant est autorisé à repartir seul de l'ALSH après les activités et je décharge la Communauté d'agglomération de toute responsabilité (uniquement pour les 6-12 ans) : **NON OUI**
- J'autorise la Communauté d'agglomération à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre de l'ALSH, publier ces images dans divers supports médiatiques (site internet OCSC) et les utiliser dans sa communication. **NON OUI**
- J'autorise l'organisateur à prendre toutes les mesures rendues nécessaires pour régler tout problème urgent de santé et de sécurité de mon enfant (traitement médical, hospitalisation...).
- Je certifie que mon enfant est couvert par une assurance en responsabilité civile pour l'année 2020/2021.
- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par l'ALSH (transport y compris) et atteste qu'il ne présente aucune incompatibilité avec la pratique d'activités physiques et sportives.
- Je m'engage à informer et signaler tout changement d'information sur ce dossier administratif auprès de la responsable de l'ALSH.

Je soussigné(e) .....responsable légal(e) certifie avoir pris connaissance des horaires d'ouverture et fermeture de l'ALSH, du règlement intérieur, des conditions d'inscriptions et m'engage à les respecter.

Fait à .....Le .....

Lu et Approuvé

**RESERVE A L'ADMINISTRATION / TARIF APPLIQUE EN 2020-2021  
(ne pas remplir)**

	<u>Plein tarif</u>	<u>Allocataire CAF</u>	<u>Allocataire MSA</u>	Copale CAF QF ≤ 475 €	Copale CAF 476 € ≤ QF ≤ 595 €	MSA QF ≤ 600 €	MSA 600 € ≤ QF ≤ 900€
<b>1<sup>er</sup> enfant *</b>							
$\frac{1}{2}$ journée	5.75 €	5 €	3.60 €	1.80 €	3 €	1.80 €	3 €
$\frac{1}{2}$ journée avec repas	9.65 €	8.90 €	7.50 €	3.50 €	4.30 €	3.50 €	4.30 €
Journée avec repas	14.10 €	11.55 €	8.80 €	4 €	5.50 €	4 €	5.50 €
<b>2<sup>ème</sup> enfant *</b>							
$\frac{1}{2}$ journée	4.30 €	3.75 €	2.70 €	0.90 €	1.50 €	0.90 €	1.50 €
$\frac{1}{2}$ journée avec repas	7.25 €	6.65 €	5.60 €	1.75 €	2.15 €	1.75 €	2.15 €
Journée avec repas	10.55 €	8.65 €	6.60 €	2 €	2.75 €	2 €	2.75 €
<b>3<sup>ème</sup> enfant et + *</b>							
$\frac{1}{2}$ journée	2.90 €	2.50 €	1.80 €	0.90 €	1.50 €	0.90 €	1.50 €
$\frac{1}{2}$ journée avec repas	4.80 €	4.45 €	3.75 €	1.75 €	2.15 €	1.75 €	2.15 €
Journée avec repas	7.05 €	5.80 €	4.40 €	2 €	2.75 €	2 €	2.75 €