

**FICHE D'INSCRIPTION 2022 / 2023**  
 Accueil de Loisirs Sans Hébergement basé à Saint-Sulpice 46160.

Nom / Prénom de l'enfant : .....  
 Date de naissance: ..... Classe fréquentée : .....

Nom / Prénom du père : .....  
 Adresse : .....  
 Tél : ..... Portable : .....  
 e.mail : ..... @ .....

Nom / Prénom de la mère : .....  
 Adresse : .....  
 Tél : ..... Portable : .....  
 e.mail : ..... @ .....

Cocher les dates d'inscription :

SEPTEMBRE	Matin	Après-midi	OCTOBRE	Matin	Après-midi
Mercredi 7			Mercredi 5		
Mercredi 14			Mercredi 12		
Mercredi 21			Mercredi 19		
Mercredi 28					

Pour valider votre demande d'inscription nous avons besoin :

- De la « fiche sanitaire » de l'enfant, accompagnée de la copie de son carnet de vaccination.
- De la fiche « Autorisation » remplie et signée, ci-joint.
- De l'attestation d'assurance de l'enfant.
- De votre quotient familial ou attestation Pass Accueil de la MSA.
- D'un chèque de caution du montant équivalent à la moitié du montant global.

TARIFS 2022 / 2023						
Quotient Familial	< 600		601 à 900		+ de 900	
Temps de présence	½ j	journee	½ j	journee	½ j	journee
1 enfant	5	8	6	10	7	12
2 enfant ou plus (par enfant)	4	7	5	9	6	11

A remettre en mains propres à Gaëlle Lopez ou Siam Loubat les responsables de l'ALSH basé dans l'école de Saint-Sulpice 46160, ouvert tout les mercredis hors grandes vacances scolaires, **avant le 20 septembre 2022.**

Ou par mail : [siamloubat@hotmail.fr](mailto:siamloubat@hotmail.fr)



## FICHE SANITAIRE

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

Nom / Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance: ..... Sexe : Masculin / Féminin

### 1- VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Vaccinations obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels.	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autre (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE INDICATION.

### 2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Suit-il un traitement médical ? Oui / Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicaments ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES	Oui	Non
Alimentaires		
Médicamenteuses		
Autres (animaux, plantes, pollen)	Précisez :	

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser : oui / non

.....  
.....  
.....

### 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie, etc.

.....  
.....  
.....

### 4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL domicile : ..... TEL travail : ..... TEL portable : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL domicile : ..... TEL travail : ..... TEL portable : .....

NOM ET TEL MÉDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

## AUTORISATIONS

*(Cocher la ou les cases correspondantes et rayer les mentions inappropriées).*

Je soussigné(e) .....

Qualité :  Père  Mère  Autre (précisez) .....

Demeurant à (adresse) .....

• Autorise mon enfant (Nom, Prénom) .....

à être récupéré par Madame ou Monsieur : .....

à participer aux sorties organisées par l'ALSH en minibus, en voiture ou à pied.

• Droit à l'image :

J'accepte

Je n'accepte pas

que mon enfant soit filmé/photographié dans le cadre des activités.

La diffusion des images aura uniquement pour objet de relater et faire connaître les activités de l'ALSH.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de l'ALSH et je m'engage à respecter les modalités de fonctionnement.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements communiqués.

Fait à ..... le .....

Avec la mention « Lu et approuvé »

Signature(s) :

