

FICHE D'INSCRIPTION ÉCOLE ALSH

Nom et prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de Naissance : _____

Sexe : F M Ecole d'origine : _____ Ecole actuelle : _____**RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT**AUTORITE PARENTALE : Conjointe Exclusive

Nom / Prénom du parent ayant l'autorité parentale exclusive : _____

Responsables légaux : Marié Divorcé/Séparé Célibataire Concubinage Pacsé Veuf En cas de séparation ou divorce, un **document juridique** précisant **le lieu de résidence et de garde de l'enfant** est à **joindre obligatoirement** au dossier**RESPONSABLE LÉGAL 1 / TUTEUR**Madame Monsieur

Nom / Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____

Email : _____

Profession : _____

Code CSP : _____

Voir le tableau des codes sur le site de la ville.
Rubrique « Inscriptions scolaires « Liste des pièces à fournir »L'enfant réside à cette adresse **RESPONSABLE LÉGAL 2**Madame Monsieur

Nom / Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____

Email : _____

Profession : _____

Code CSP : _____

Voir le tableau des codes sur le site de la ville.
Rubrique « Inscriptions scolaires « Liste des pièces à fournir »L'enfant réside à cette adresse RÉGIME : CAF MSA

Nom de l'allocataire : _____ Numéro d'allocataire : _____

ASSURANCE :

Nom de la compagnie : _____ Numéro de contrat : _____

COMPOSITION DE LA FAMILLE

FRATRIE : NOM - PRÉNOM	Date de naissance	Établissement scolaire
_____	_____	_____
_____	_____	_____

CONTACTS DE LA FAMILLE (autres que les responsables légaux)

NOM – PRÉNOM	LIEN avec l'enfant	TÉLÉPHONE	Personne à contacter en cas d'urgence (autre que les responsables légaux 1 et 2)	Personne autorisée à venir chercher l'enfant (autre que les responsables légaux 1 et 2)
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 J'autorise mon enfant à sortir seul de l'école (École Élémentaire seulement) Oui Non J'autorise la ville de Castelsarrasin à utiliser les photos et vidéos de mon enfant dans un but informatif ou événementiel afin de promouvoir les activités organisées par la ville sur ses différents supports Oui Non J'autorise le personnel à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant Oui Non

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ALIMENTATION DE L'ENFANT

RÉGIME ALIMENTAIRE : Aucun Sans Viande Sans Porc Sans Bœuf

➤ En cas de régime alimentaire spécifique, **aucun repas de substitution n'est proposé.**

Votre enfant a-t-il un **P.A.I** (Projet d'Accueil Individualisé) concernant l'alimentation ? Oui Non

➤ Si OUI, **P.A.I. à fournir obligatoirement**

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES CONCERNANT LA SANTÉ DE L'ENFANT

Les informations suivantes sont demandées selon l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L.227-4 du code de l'action sociale et des familles

VACCINATIONS (Se référer **au carnet de santé de l'enfant pour remplir le tableau ci-dessous**)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES			
	Oui	Non	Date du dernier rappel
Enfant né AVANT le 1 ^{er} janvier 2018			
Vaccination contre la Diphtérie Tétanos Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / ___ / _____
Enfant né APRÈS le 1 ^{er} janvier 2018			
Vaccination contre la Diphtérie Tétanos Poliomyélite, la Coqueluche, l'Haemophilus Influenzae b, l'Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / ___ / _____
Vaccination contre les Infections à pneumocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / ___ / _____
Vaccination contre la Méningocoque de séro groupe C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / ___ / _____
Vaccination contre la Rougeole, les Oreillons, la Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / ___ / _____
VACCINATIONS RECOMMANDÉES			
Vaccination antituberculeuse BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / ___ / _____

ALLERGIES	Oui	Non	Si oui, préciser
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Autres (animaux, pollen, plantes...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Antécédents médicaux ou chirurgicaux, éléments d'ordre médical et autres recommandations nécessaires susceptibles d'avoir des répercussions sur le bon accueil de votre enfant :

Votre enfant a-t-il un **P.A.I** (Projet d'Accueil Individualisé) concernant une **maladie** ou un **handicap** ? Oui Non

➤ Si OUI, **P.A.I. à fournir obligatoirement**

Votre enfant a-t-il une notification **M.D.P.H.** (Maison Départementale des Personnes Handicapées) ? Oui Non

Votre enfant a-t-il un **A.E.S.H.** (Accompagnant d'Élèves en Situation de Handicap) ? Oui Non

Votre enfant bénéficie-t-il de l'**A.E.E.H.** (Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé) ? Oui Non

➤ Si OUI, **notifications M.D.P.H et A.E.E.H à fournir obligatoirement**

Votre enfant suit-il un **TRAITEMENT MÉDICAL** qui nécessite une prise sur le temps de l'accueil de loisirs ? Oui Non

➤ Si OUI, fournir **obligatoirement une ordonnance récente et les médicaments correspondants** (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice

Je soussigné(e) : _____, responsable légal de l'enfant :

☞ Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à communiquer au service tout changement par rapport aux informations données dans la fiche d'inscription initiale.

☞ Atteste avoir pris connaissance des règlements intérieurs (consultables sur le site de la ville de Castelsarrasin et à la Direction de l'Éducation et des Accueils de Loisirs)

Fait à Castelsarrasin, le ___ / ___ / _____

SIGNATURE
Responsable légal 1

SIGNATURE
Responsable légal 2