Liste des pièces à fournir pour toute admission

- la photocopie de l'attestation du quotient familial de la famille (CAF, MSA ou autres).
- la photocopie du carnet de santé à la page des vaccins.

Engagements

Je certifie avoir pris connaissance des règlements intérieurs des Accueils de Loisirs Périscolaires et Extrascolaires et m'engage à les respecter.

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités prévues au planning (baignade, sortie...) qui peuvent se dérouler à l'intérieur ou à l'extérieur de la structure.

Je m'engage à communiquer tout changement relatif à ces renseignements, qu'il soit familial, professionnel ou médical.

Je m'engage à régler le montant des <u>prestations dues à la facturation</u> pour la période de fréquentation des Accueils de Loisirs Périscolaires et/ou Extrascolaires.

Je m'engage à <u>inscrire</u> mon enfant à l'aide des fiches d'inscriptions distribuées pour les <u>différents</u> <u>Accueils de loisirs Extrascolaires.</u>

Cette fiche pourra être conservée jusqu'à 4 ans en complétant le tableau ci dessous à condition que les informations contenues dans ce dossier ne changent pas.

Je soussigné (Nom et prénom du responsable légal), certifie avoir relu les informations présentes dans ce dossier et n'avoir à y apporter aucune modification.

Période	Date :	Signature(s) du ou des responsables légaux
Juillet 2019 – juillet 2020		
Juillet 2020 - juillet 2021		
Juillet 2021 - juillet 2022		
Juillet 2022 - juillet 2023		

DOSSIER INSCRIPTION

ENFANT



Adresse de facturation

Accueil de loisirs Péri et Extra scolaires (ALE-ALPI

Enfant Nom:	Il ne sera pas établi deux facturations séparées, il n' aura qu'une seule facture par enfant. Adresse: Code postal: Ville: Mail: Situation familiale: (marié(e), veuf(ve), divorcé(e), vivant maritalement) en cas de		
	onsable légal 1 Responsable légal 2	土	
Nom:			
Prénom :		ř.	
Profession:			
Adresse (si différent de celle de l'en- fant)			
Téléphone domicile			
Téléphone mobile personnel			
Téléphone professionnel			
Régime de prestations			
Allocataire CAF :	Numéro allocataire :		
La Caisse d'Allocations Familiales (CAF) de l'Aude met à nous permet de consulter directement les éléments de v mission. Nous serons tenus de conserver ces éléments en	à notre disposition un service internet à caractère professionnel qui votre dossier d'allocations familiales nécessaires à l'exercice de notre n cas de contrôle.		
J'autorise l'accès au site CAFPRO pour obten	nir les données citées ci-dessus :		
Oui	Non Non		
(en cas d'absence de numéro ou si vous refusez l'accès Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'infor pouvez vous opposer à la consultation de ces information	ormatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous rappelons que vous		
Allocataire MSA	⊵ □ Veuillez précisez		

Quotient Familial (QF) en cours d'année. (à défaut de quoi le tarif maximum sera appliqué)

Pensez à fournir l'attestation et signaler tout changement de

Autorisation à quitter l'Accueil:							
Aucun enfant d'âge maternel ne peut quitter le l'Accueil de Loisirs pour rentrer à son domicile seul.							
Autorise mon enfant en âge élém décharge l'organisateur et les respon	nentaire (6 ans) à rentrer seul à son do nsables de toute responsabilité dès qu Oui Non	omicile après les temps d'accueils et l'il a quitté les Accueils de Loisirs :					
Droit à l'image:	*						
	esponsables à utiliser l'image de mon ur la présentation et l'illustration des						
	Oui Non						
Spécificité alimen	ntaire:						
	Oui Non						
Si oui, laquelle ?:							
Personnes habilitées à venir chercher l'enfant:							
1 0.00111		<u>.</u>					
Nom – Prénom	Lien avec l'enfant : (grand père, ami, tante, frère, sœur)	Téléphone					
	Lien avec l'enfant : (grand père,						
	Lien avec l'enfant : (grand père,						
	Lien avec l'enfant : (grand père,						
	Lien avec l'enfant : (grand père,						
Nom – Prénom	Lien avec l'enfant : (grand père,	Téléphone					
Nom – Prénom	Lien avec l'enfant : (grand père, ami, tante, frère, sœur)	Téléphone					
Nom-Prénom Renseign Recommandatio	Lien avec l'enfant : (grand père, ami, tante, frère, sœur)	Téléphone					
Nom - Prénom Renselgn Recommandatio Préciser si votre enfant porte de	Lien avec l'enfant : (grand père, ami, tante, frère, sœur) PMENTS M ns particulières	Téléphone					
Nom - Prénom Renselgn Recommandatio Préciser si votre enfant porte de	Lien avec l'enfant : (grand père, ami, tante, frère, sœur) PMENTS M ns particulières	Téléphone					

Médecin traitant						
Médecin traitant : Nom et Prénom :						
Téléphone :						
Allergies:						
sthme :	Oui Non	Médica	menteuse : Oui	Non Non		
limentaire :	Oui Non	Autre :				
RÉCISEZ LA CAUSE	DE L'ALLERGIE ET L	a conduite à ten	NIR (joindre un certif	ficat médical):		

n cas de Protocole d'accueil individualisé (PAI) joindre le document. Afin d'accueillir votre enfant en oute sécurité, il serait important que le directeur de l'Accueil de Loisirs soit présent au moment de élaboration du PAI.						
enfant a-t-il déjà e	u les maladies suivan	tes ?				
RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICUAIRE AIGU	scarlatine		
Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non		
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS			
Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non			
raitemen:	ts médicau	×				
'enfant suit-il un tra	aitement médical per	manent ?				
Oui Non						
oui, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur mballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec notice) et les remettre à la directrice de l'Ac- ueil.						
ucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.						
Les informations sur la santé de votre enfant sont valables pendant toute la durée de validité de votre dossier inscription enfant. Il est de votre responsabilité de signaler toute évolution de ces informations au Syndicat Lauragais Audois.						
loin dre la photocopie des vassins						
Joindre la photocopie des vaccins						