



ACCUEIL PERISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE MUNICIPAL 2024-2025

ALAE : Accueil de Loisirs Associé à l'Ecole (Périscolaire)

ALSH : Accueil de Loisirs Sans Hébergement (Extrascolaire : vacances)

ACCUEIL PERISCOLAIRE

- Matin (garderie matin)
- Midi (cantine)
- Soir (garderie soir)

ACCUEIL PERISCOLAIRE DU MERCREDI ET

EXTRASCOLAIRE (vacances)

- $\frac{1}{2}$ journée avec repas
- $\frac{1}{2}$ journée sans repas
- Journée entière

FICHE D'INSCRIPTION

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance :/...../.....

Adresse : _____

N° de tél en cas d'urgence :/...../...../...../.....

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Carte identité vacances CAF OUI NON (rayer la mention inutile)

Carte identité vacances MSA OUI NON (rayer la mention inutile)

A fournir en janvier de chaque année. Sauf pour les nouveaux inscrits, à transmettre avec ce dossier d'inscription.

PARENTS : SITUATION FAMILIALE :

Marié Divorcé Séparé Union libre/PACS Autre

(en cas de divorce , merci de fournir une attestation de jugement)

<u>PERE</u>	<u>MERE</u>
NOM : Prénom : Profession : Adresse (Si différente de celle de l'enfant) :	NOM : Prénom : Profession : Adresse (si différente de celle de l'enfant)
_____ ☎ Mobile :/...../...../...../..... ☎ Domicile :/...../...../...../..... ☎ Travail :/...../...../...../..... ✉ Email :@.....	_____ ☎ Mobile :/...../...../...../..... ☎ Domicile :/...../...../...../..... ☎ Travail/...../...../...../..... ✉ Email :@.....

REPRESENTANT LEGAL (si différent des parents) :

Mr/Melle/Mme : _____

Adresse : _____

☎ Mobile :/...../...../...../.....
☎ Domicile :/...../...../...../.....
☎ Travail :/...../...../...../.....



FICHE SANITAIRE

ALLERGIES :

MEDICAMENTEUSE : Oui Non

ALIMENTAIRE : Oui Non

ASTHME : Oui Non

REGIME ALIMENTAIRE (végétarien, sans porc, ...): _____

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (Protocole de surveillance médicale dans le cadre de l'accueil en Alae et Alsh)

Merci de fournir une copie, sous enveloppe au responsable du service ou en mairie)

Mis en place à partir de _____

Enfant en situation de handicap qui bénéficie de l'Aeeh (merci de cocher la case si vous êtes concerné).

MEDECIN TRAITANT

Nom : _____

☎ :/...../...../...../.....

Je soussigné(e), père - mère - représentant légal* de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Alae et l'Alsh à prendre, le cas échéant, **toutes les mesures** (hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :

SIGNATURE :

(*rayer la mention inutile)


DOCUMENTS A FOURNIR CHAQUE ANNEE

- ❖ 1 copie de l'attestation d'assurance (incluant activités extra-scolaires)
- ❖ 1 copie des pages vaccinations du carnet de santé
- ❖ 1 copie de la carte identité CAF ou MSA (envoyée au mois de Janvier de l'année en cours) et à défaut pour les familles n'en bénéficiant pas 1 attestation de QF (Celle du mois de janvier 2024 vous sera demandée)


AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e).....père, mère, représentant
légal de l'enfant, déclare exact les informations portées sur ce dossier et :


- Autorise les personnes nommées ci-dessous à récupérer mon enfant et/ou à être contactées en cas d'urgence

❖ Mr ou Mme 
...../...../...../...../...../


Lien avec l'enfant

❖ Mr ou Mme 
...../...../...../...../...../

Lien avec l'enfant

❖ Mr ou Mme 
...../...../...../...../...../

Lien avec l'enfant

❖ Mr ou Mme 
...../...../...../...../...../

Lien avec l'enfant

- Autorise le personnel de l'ALAE et l'ALSH à prendre en photo mon enfant (autorisation en annexe)
- Autorise mon enfant à participer aux sorties (autorisation en annexe)
- Avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et en accepter les conditions.

Oui

Non

SIGNATURE :