

# FICHE D'INSCRIPTION A.L.S.H.

 ALSH 6/11 ans

 ALSH 11/17 ans

- PIECES A FOURNIR :**
- Fiche sanitaire
  - Attestation d'assurance extra-scolaire
  - N°CAF et attestation temps libre / avis d'imposition
  - Copie des vaccinations
  - Attestation d'aisance aquatique

**JEUNE**

NOM - Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Fille  Garçon

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

École / Collège / Lycée \_\_\_\_\_ CLASSE \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_ N° portable : \_\_\_\_\_

**FAMILLE**

Célibataire  Vie Maritale  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf (ve)

	PERE		MERE
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Adresse		Adresse	
Profession		Profession	
Téléphone		Téléphone	
Portable		Portable	
Tél. Professionnel		Tél. Professionnel	
e. mail		e.mail	

Détenteur de l'autorité parentale \_\_\_\_\_

Autre(s) personne(s) à prévenir en cas d'urgence (nom + Tél.) :

\_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale \_\_\_\_\_

Régime général : O / N      N° CAF \_\_\_\_\_      N° MSA \_\_\_\_\_

**INFORMATIQUE ET LIBERTÉ**

Le Centre d'animation Le Lacaou dispose de moyens informatiques destinés à gérer plus facilement les inscriptions des enfants. Les informations enregistrées sont réservées à l'usage du service concerné et ne peuvent être communiquées qu'aux destinataires suivants : services municipaux, services de l'État, Caisse d'Allocations Familiales, Conseil départemental, Mutualité Sociale Agricole.

Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant au service accueil du centre d'animation Le Lacaou.

Fait à Billère, le .....

Signature du détenteur de l'autorité parentale

## AUTORISATIONS DIVERSES

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ détenteur de l'autorité parentale de l'enfant  
\_\_\_\_\_

AUTORISE le Centre d'Animation le Lacaou, service de la Mairie de Billère, à exploiter sur tous supports de communication (vidéos, photos, affiches, plaquettes...) les images prises au cours des activités, sorties ou séjours sur lesquelles mon enfant pourrait apparaître.

AUTORISE les responsables de l'accueil de loisirs à administrer les médicaments prescrits par ordonnance : joindre une ordonnance récente, précisant que l'aide à la prise de médicaments ne nécessite pas l'intervention d'un auxiliaire médical, ou que le jeune peut les prendre seul (médicaments dans l'emballage d'origine marqué au nom de l'enfant ou du jeune avec la notice)

AUTORISE les responsables de l'accueil de loisirs à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant et à le faire transporter au service d'urgences de l'hôpital.

AUTORISE l'enfant à rentrer seul après les activités, (pour les enfants de plus de 11 ans)

Personnes autorisées à récupérer l'enfant en dehors du détenteur de l'autorité parentale (personne majeure ou frère ou sœur de plus de 14 ans) :

NOM, Prénom, Téléphone : .....

NOM, Prénom, Téléphone : .....

NOM, Prénom, Téléphone : .....

NOM, Prénom, Téléphone : .....

NOM, Prénom, Téléphone : .....

Je certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler tout changement le plus rapidement possible à l'accueil du Centre d'animation.

Dans la mesure où la présente fiche ne serait pas co-signée par l'ensemble des détenteurs de l'autorité parentale de l'enfant (notamment en cas de séparation ou de divorce), le détenteur de l'autorité parentale signataire est tenu d'informer l'autre détenteur de l'autorité parentale de l'enfant de cette inscription et des différentes autorisations accordées.

Fait à Billère, le .....

Signature du détenteur de l'autorité parentale.

# FICHE SANITAIRE

## ENFANT

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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 médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

**ALLERGIE** : Asthme      Oui  Non       Médicamenteuses      Oui  Non   
                  Alimentaire    Oui  Non       Autres .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

Médecin traitant \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

**Vaccinations** : fournir carnet de santé

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Docteur \_\_\_\_\_ déclare que l'enfant \_\_\_\_\_ est apte à la vie en collectivité, et que son état de santé lui permet la pratique des activités sportives ci-dessous dans le cadre de la découverte et de l'initiation :

Rayez les activités contre-indiquées

Athlétisme	Baptême de l'air	Basket
Boxe	Canyon	Escalade
Escrime	Foot	Équitation
Golf	Gymnastique d'éveil	Handball
Judo	Karaté	Natation
Pelote Basque	Pétanque	Plongée sous-marine
Quad	Quilles de 9	Randonnée pédestre
Roller	Rugby	Ski, snowboard
Spéléologie	Tennis	Tennis de table
Tir à l'arc	Vol à voile	VTT - Vélo

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

**CACHET ET SIGNATURE**