



ALSH : ENFANCE – JEUNESSE 3 – 18 ANS

FICHE D'INSCRIPTION

SEPT 2020 - AOUT 2021

Enfant	
Nom :	Prénom :
Né(e) le :	Sexe :
E mail :	Classe :
Portable (facultatif) :	Apprentissage :
	Demandeur d'emploi :

Mère
Nom :
Prénom :
Adresse :
Téléphone :
Portable :
Bureau :
E mail :

Père
Nom :
Prénom :
Adresse :
Téléphone :
Portable :
Bureau :
E mail :

Je soussigné(e) M

Père Mère Tiers personne ayant la responsabilité de l'enfant

❶ Autorise le Responsable du l'ALSH à faire procéder à toute intervention médicale ou chirurgicale en cas de nécessité absolue.

❷ Souhaite, s'il est possible la consultation du DOCTEUR

Tél. : Ville

❸ Souhaite, s'il est possible que l'HOSPITALISATION ait lieu à

❹ Autorise mon enfant à être transporté par un TIERS

❺ Votre enfant peut-il rentrer seul après l'ALSH ? oui non

❻ Acceptez-vous que l'image de votre enfant soit diffusée publiquement ? oui non

<input type="checkbox"/>	Photo
<input type="checkbox"/>	Vidéo

<input type="checkbox"/>	Notre site internet
<input type="checkbox"/>	Nos supports de communication

<input type="checkbox"/>	Réseaux sociaux
<input type="checkbox"/>	Autres sites partenaires

❼ J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ALSH (disponible à l'accueil du Centre d'Animation Sociale-JCL, sur notre site internet « centreaminationsociale-champagne.fr »).

❽ Régime alimentaire sans restriction sans viande sans porc

Vous pouvez inscrire ci-dessous toutes informations qui vous semblent importantes à communiquer à la Direction de l'ALSH.

.....

.....

.....

.....

Pièces à fournir :

Attestation d'assurance

Fiche sanitaire ci-jointe remplie

Copie des vaccins (carnet de santé)

extrascolaire en responsabilité civile

en cours de validité, et, valable pendant toute la période que couvre l'inscription.





Autres personnes (que les parents) autorisées à récupérer l'enfant et disponible en cas d'urgence

1	
Nom :	Prénom :
Adresse :	
Téléphone :	Portable :
Lien avec les enfants :	

2	
Nom :	Prénom :
Adresse :	
Téléphone :	Portable :
Lien avec les enfants :	

3	
Nom :	Prénom :
Adresse :	
Téléphone :	Portable :
Lien avec les enfants :	

Conditions d'utilisation de vos données personnelles

- En vous inscrivant, vous acceptez que le CAS-JCL mémorise et utilise vos données personnelles collectées dans ce formulaire. En l'occurrence, vous autorisez le CAS-JCL à communiquer avec vous afin de vous informer des dernières actualités de notre association et de ses actions, via les coordonnées collectées dans ce formulaire.
- Afin de protéger la confidentialité de vos données personnelles, le CAS-JCL s'engage à ne pas divulguer, ne pas transmettre, ni partager vos données personnelles avec d'autres entités, quelles qu'elles soient, conformément au Règlement Général des Données de 2018 sur la protection des données personnelles.
- Pour connaître et exercer vos droits, notamment de retrait de consentement à l'utilisation de vos données collectées par ce formulaire, veuillez nous contacter par mail ou courrier postal.

"Lu et approuvé"

Signature

A

Le



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE OUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR AVEC DES OBSERVATIONS EVENTUELLES.

I. ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____

SEXE : GARCON FILLE DATE DE NAISSANCE : _____

II. VACCINATION *(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé.)*

ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE.

<i>Précisez s'il s'agit :</i>		VACCINS PRATIQUES		DATES	
Du DT polio					
Du coq					
Du Trétra-coq					
D'une prise polio		RAPPELS			
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES	VACCINS PRATIQUES	DATES
1 ^{er} VACCIN		VACCIN			
REVACCINATION		1 ^{er} RAPPEL			

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE, POURQUOI ? _____

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SERUM		

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ASTHME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crise convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? OUI NON

SI OUI LEQUEL ? _____

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIER PAS DE JOINDRE L'ORDONNAGE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE - T - IL SON LIT ? OUI OCCASIONNELLEMENT NON
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST - ELLE REGLEE ? OUI NON

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ PRENOMS : _____

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° de SS : _____ TEL : (domicile) _____ (bureau) _____

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : _____

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :

SIGNATURE :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR :

Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVEE LE _____
DEPART LE _____

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

CENTRE D'ANIMATION SOCIALE

JEAN-CLAUDE LAUDE

Rue Jacques Guède

72470 CHAMPAGNÉ

☎ 02.43.82.82.21

accueil@cas-champagne.fr

centreaminationsociale-champagne.fr



Coupon pour acceptation des conditions d'admission des enfants aux accueils collectifs de mineurs liés à la pandémie covid-19.

Je soussignée,

Responsable de l'enfant, des enfants

.....

.....

M'engage :

- A contrôler chaque matin sa, leurs températures (qui ne doit pas dépasser 38°) avant de l'accompagner à l'accueil de loisirs,
- A accompagner seul-e et masqué-e mon, mes enfants sur le seuil de la porte de l'accueil (en cas de pluie nous prévoyons la possibilité d'entrer dans un couloir).

Champagné, le

Signature du responsable de-des l'enfant-s

