



ALSH : ENFANCE – JEUNESSE 3 – 18 ANS

FICHE D'INSCRIPTION

SEPT 2024 - AOUT 2025

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

Photo	Notre site internet	Réseaux sociaux
Vidéo	Nos supports de communication	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

❾ Autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par l'ALSH les jours auxquels il est inscrit.

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
extrascolaire en responsabilité civile
en cours de validité, et, valable pendant toute la période que couvre l'inscription.
- Fiche sanitaire ci-jointe remplie
- Copie des vaccins (carnet de santé)



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.

Précisez s'il s'agit :		VACCINS PRATIQUES	DATES		
Du DT polio	RAPPELS				
Du coq					
Du Trétracoq					
D'une prise polio					
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS		
	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS PRATIQUES	DATES
1 ^{er} 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'ORDONNANCE 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)

