

# Dossier d'inscription à l'ALSH

## CCPCP

### Dossier famille

Civilité : ..... nom de famille : .....

Adresse : .....

.....

.....

Situation familiale :  Marié / Pacsé     Union libre     Divorcé/Séparé     Célibataire     Veuf/ veuve

N° de fixe (1) : ...../...../...../...../.....    N° de fixe (2) : ...../...../...../...../.....

@mail : .....

N° allocataire (du père ou de la mère ou du responsable) : .....

Nbr. total d'enfant : .....    Nbr. d'enfant à charge (CAF) : .....

### Responsable légal n°1

### Responsable légal n°2

Nom : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Né le : ..... /..... /..... À : .....

Née le : ..... /..... /..... À : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

.....

.....

Profession : .....

Profession : .....

Adresse prof : .....

Adresse prof : .....

.....

.....

N° fixe : ...../...../...../...../.....

N° fixe : ...../...../...../...../.....

N° mobile : ...../...../...../...../.....

N° mobile : ...../...../...../...../.....

N° professionnel : ...../...../...../...../.....

N° professionnel : ...../...../...../...../.....

@mail : .....

@mail : .....

### Cadre réservé à l'administration

Quotient 1  Quotient 2  Quotient 3  Quotient 4  Quotient 5

### Enfants de la famille

Nom & Prénom : .....

Nom & Prénom : .....

né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nom & Prénom : .....

Nom & Prénom : .....

né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nom & Prénom : .....

Nom & Prénom : .....

né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

# Dossier enfant (s) à compléter

## Fiche enfant n°1

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_

à : \_\_\_\_\_

Sexe :  M  F

Ecole fréquentée : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : ..... N° de tél : ...../...../...../...../.....

Vaccin (s) :

**DTPolio/DTC (obligatoire)** : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hépatite B : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ BCG : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ROR : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Autre (s) : ..... \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ..... \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Allergie(s) :

Régime alimentaire :

Antécédents médicaux & maladie (s) :

## Fiche enfant n°2

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_

à : \_\_\_\_\_

Sexe :  M  F

Ecole fréquentée : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : ..... N° de tél : ...../...../...../...../.....

Vaccin (s) :

**DTPolio/DTC (obligatoire)** : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hépatite B : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ BCG : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ROR : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Autre (s) : ..... \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ..... \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Allergie(s) :

Régime alimentaire :

Antécédents médicaux & maladie (s) :

## Dossier enfant (s) à compléter

### Fiche enfant n°3

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_

à : \_\_\_\_\_

Sexe :  M  F

Ecole fréquentée : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : ..... N° de tél : ...../...../...../...../.....

Vaccin (s) :

**DTPolio/DTC (obligatoire)** : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hépatite B : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ BCG : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ROR : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Autre (s) : ..... \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ..... \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Allergie(s) :

Régime alimentaire :

Antécédents médicaux & maladie (s) :

### Fiche enfant n°4

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_

à : \_\_\_\_\_

Sexe :  M  F

Ecole fréquentée : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : ..... N° de tél : ...../...../...../...../.....

Vaccin (s) :

**DTPolio/DTC (obligatoire)** : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hépatite B : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ BCG : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ROR : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Autre (s) : ..... \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ..... \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Allergie(s) :

Régime alimentaire :

Antécédents médicaux & maladie (s) :

### Autorisations aux soins

Nous soussignés, Madame, Monsieur : \_\_\_\_\_  
AUTORISE(NT) le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon/mes enfant(s) : transfert en pédiatrie/ transfert aux urgences

DECHARGE(NT) la direction de la structure de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.

AUTORISE(NT) l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon/mes enfant(s).

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ mention « lu et approuvé »

Signature des parents

### Conditions de départ de l'enfant : Personnes autorisées

Nous soussignés, Madame et Monsieur : \_\_\_\_\_ AUTORISE(NT) les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon/mes enfant(s) à la structure sur présentation de leur pièce d'identité.

Nom et Prénom	Adresse	Téléphone	Lien de parenté

Autorise(nt) mon /mes enfant(s) à rentrer seul : OUI  NON

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ mention « lu et approuvé »

Signature des parents

### Autorisations de consultation du site CAFPRO

Nous soussignés, Madame et Monsieur : \_\_\_\_\_ AUTORISE(NT) la direction à consulter notre dossier allocation CAFPRO, afin d'accéder directement au quotient familial à prendre en compte pour le calcul des participations des ressources financières.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ mention « lu et approuvé »

Signature des parents

### Autorisations d'utilisation de l'adresse @mail

Nous soussignés, Madame et Monsieur : \_\_\_\_\_ AUTORISE(NT)

l'utilisation de notre adresse email suivante : \_\_\_\_\_ pour recevoir mes factures et toutes informations concernant l'ALSH.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ mention « lu et approuvé »

Signature des parents

### Règlement intérieur

Nous soussignés, Madame et Monsieur : \_\_\_\_\_ atteste (nt) avoir pris connaissance du règlement intérieur.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ mention « lu et approuvé »

Signature des parents