



# ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT INTERCOMMUNAL DU SAVÈS

## ACCUEIL DE LOISIRS DES 3 – 11 ANS

### DOSSIER D'INSCRIPTION

Famille : .....

Enfant : .....

Établissement scolaire fréquenté : .....

Classe fréquentée : .....

Saison scolaire : .....

#### Pièces obligatoires à joindre au dossier d'inscription

- Fiche de renseignement
- Fiche sanitaire de liaison
- Bulletin d'adhésion à la M.J.C.
- Règlement par chèque de la cotisation (adhésion M.J.C.)
- Copie de ou des attestations d'assurances péri et extrascolaires

#### INFORMATIONS

SITE DE MONBLANC : 05.62.62.41.88.

SITE DE SAMATAN : (merc. et vacances) : 05 62 06 46 45

Directrice ALSH : Valérie LATINO. - Email : [enfance.mjcmonblanc@gmail.com](mailto:enfance.mjcmonblanc@gmail.com)

#### Accueil :

Période scolaire : lundi au vendredi 9h – 12h30 et 14h – 18h, mercredi 9h – 19h (locaux de la M.J.C. à Monblanc).

Vacances : 7H30 à 19H sur le site de Samatan (Ecole primaire Yves Chaze)

Le Projet Éducatif de la M.J.C. de Monblanc et le Projet Pédagogique de l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement peuvent vous être fournis sur simple demande.

M.J.C. de Monblanc – « Au Village » – 32130 MONBLANC – Tél./rép. : 05.62.62.41.88.

[enfance.mjcmonblanc@gmail.com](mailto:enfance.mjcmonblanc@gmail.com)

N° SIRET 788 244 713 000 12 - Association Loi 1901

# FICHE DE RENSEIGNEMENT

NOM et Prénom de l'enfant : ..... Sexe : M - F

Adresse : .....

Date de naissance : .....

Assurance de l'enfant :

Responsabilité civile : n° ..... Compagnie : .....

Individuelle accident : n° ..... Compagnie : .....

**Joindre une copie de l'attestation d'assurance.**

## RESPONSABLES DE L'ENFANT

NOM et Prénom du père ou du tuteur légal : .....

Adresse (si différente de l'enfant) : .....

Téléphone du domicile : ..... Portable : .....

Téléphone professionnel : .....

N° d'allocataire : ..... (Le directeur s'engage à préserver la confidentialité des données recueillies)

régime général (CAF) et fonctionnaire       régime agricole (MSA)       autres (préciser) : .....

NOM et Prénom de la mère ou de la tutrice légale : .....

Adresse (si différente de l'enfant) : .....

Téléphone du domicile : ..... Portable : .....

Téléphone professionnel : .....

N° d'allocataire : ..... (Le directeur s'engage à préserver la confidentialité des données recueillies)

régime général et fonctionnaire       régime agricole       autres (préciser) : .....

## AUTRES PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Téléphone : .....

Téléphone : .....

## PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM et Prénom : ..... Téléphone : .....

NOM et Prénom : ..... Téléphone : .....

NOM et Prénom : ..... Téléphone : .....

## AUTORISATIONS OBLIGATOIRES

Je, soussigné (e) Monsieur\*, Madame\*, .....

Père\*, Mère\*, Tuteur légal\* de l'enfant .....

Autorise le/la directeur/trice à prendre, le cas échéant, toutes mesures d'urgence (hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, pour autant que tout ait été tenté pour joindre ses parents sans succès.

Reconnaît avoir pris connaissance et approuvé le règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement.

Autorise  n'autorise pas mon enfant à être photographié, filmé, dans le cadre de ses activités.

Accepte que mon enfant soit transporté dans le véhicule mis à disposition par la M.J.C. de Monblanc pour se rendre sur un lieu d'animation à condition que les dispositions en vigueur pour le transport d'enfants soient respectées.

Souhaite recevoir les factures par email.

Souhaite recevoir les informations de la M.J.C. de Monblanc par email.

() Mettre une croix dans les cases

Veuillez indiquer votre adresse mail (en MAJUSCULE) :

.....@.....

(\* ) Rayer la mention inutile

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature, précédée de la mention "lu et approuvé"

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de votre enfant.

MÉDECIN DE FAMILLE	ADRESSE	COMMUNE	TÉLÉPHONE

VACCINS OBLIGATOIRES	DERNIÈRES VACCINATION	PROCHAINE VACCINATION
Diphtérie		
Tétanos		
Poliomyélite		
Ou DT polio		
Ou Tétracoq		
BCG		
VACCINS RECOMMANDÉS		
Hépatite B		
Rubéole – Oreillons – Rougeole		
Coqueluche		
Autres (préciser) :		

MALADIES			COMMENTAIRES
Rubéole	OUI	NON	
Varicelle	OUI	NON	
Angine	OUI	NON	
Rhumatisme articulaire aigu	OUI	NON	
Scarlatine	OUI	NON	
Coqueluche	OUI	NON	
Otite	OUI	NON	
Rougeole	OUI	NON	
Oreillons	OUI	NON	

ALLERGIES	COMMENTAIRES ET CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)
Alimentaires	
Asthme	
Médicamenteuses	
Autres	

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (antécédents médicaux, difficultés de santé... précautions à prendre...) :** .....

.....

.....

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature, précédée de la mention "lu et approuvé"

(Père\*, Mère\*, Tuteur légal\*) (\*) Rayer la mention inutile