

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2022/2023**

**ENFANT** (en lettres capitales) :

NOM : Prénom : Garçon  Fille

Date de Naissance : Lieu de naissance :

Collège Lycée, Autres :

Assurance et n° de contrat : N° CAF :

**Informations responsables légaux**

| <u>Parent 1:</u>  | <u>Parent 2:</u>  | <u>Autre (préciser) : .....</u>   |
|---|---|---|
| Nom :.....  | Nom :.....  | Nom :.....  |
| Prénom : .....  | Prénom : .....  | Prénom : .....  |
| Date de naissance : .....   | Date de naissance : .....   | Date de naissance : .....   |
| Adresse : .....   | Adresse : .....   | Adresse : .....   |
| .....   | .....   | .....   |
| Ville: .....  | Ville: .....  | Ville: .....  |
| Facturer à cette adresse : Oui / Non**  | Facturer à cette adresse : Oui / Non**  | Facturer à cette adresse : Oui / Non**  |
| Garde alternée si séparation*** :   | Garde alternée si séparation*** :   | Garde alternée si séparation*** :   |
| Semaines paires/Semaines impaires   | Semaines paires/Semaines Impaires **  | Semaines paires/Semaines  |
| **  | Téléphone :   | Impaires**  |
| Téléphone :   | Mail :  | Téléphone :   |
| Mail :  | Modalité de paiement **: Prélèvement automatique (joindre RIB), chèque ou espèces | Mail :  |
| Modalité de paiement **: Prélèvement automatique (joindre RIB), chèque ou espèces | Emploi exercé :.....  | Modalité de paiement : Prélèvement automatique (joindre RIB), chèque ou espèces |
| Emploi exercé : .....   | Nom et adresse de l'employeur : .....   | Emploi exercé :.....  |
| Nom et adresse de l'employeur : .....   | .....   | Nom et adresse de l'employeur : .....   |
| .....   | .....   | .....   |

**\*CLAC : Centre de Loisirs Associé au Collège (jour d'école et mercredi des périodes scolaires) et ALSH : Accueil de Loisirs Sans Hébergement (du lundi au vendredi pendant les périodes de vacances scolaires)**

**\*\* Rayer la mention inutile**

**\*\*\* Faire une demande écrite de facturation propre à chaque parent + donner une photocopie du jugement**

# Fiche sanitaire de liaison

## 1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé de l'enfant).

➤ Pour les enfants nés avant 2018 les 3 premiers vaccins sont obligatoires pour fréquenter le CLAC et l'ALSH

|   | A JOUR                       |                               |
|---|------------------------------|-------------------------------|
| 1) Diphtérie                                | OUI <input type="checkbox"/> | NON* <input type="checkbox"/> |
| 2) Tétanos                                  | OUI <input type="checkbox"/> | NON* <input type="checkbox"/> |
| 3) Poliomyélite                             | OUI <input type="checkbox"/> | NON* <input type="checkbox"/> |
| 4) Haemophilus influenzae B                 | OUI <input type="checkbox"/> | NON* <input type="checkbox"/> |
| 5) Hépatite B                               | OUI <input type="checkbox"/> | NON* <input type="checkbox"/> |
| 6, 7, 8) Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR) | OUI <input type="checkbox"/> | NON* <input type="checkbox"/> |
| 9) Coqueluche                               | OUI <input type="checkbox"/> | NON* <input type="checkbox"/> |
| 10) Méningocoque C                          | OUI <input type="checkbox"/> | NON* <input type="checkbox"/> |
| 11) Pneumocoque                             | OUI <input type="checkbox"/> | NON* <input type="checkbox"/> |

\*Si votre enfant n'est pas à jour des obligations vaccinales, il ne pourra fréquenter l'ALAE et l'ALSH que sur présentation d'un certificat médical de contre-indication à la vaccination.

## 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

ALLERGIES : ASTHME                      oui  non                       MEDICAMENTEUSES                       oui  non

                         ALIMENTAIRES                      oui  non

AUTRES : .....

P.A.I. (Protocole d'accueil individualisé) : oui  non

Votre enfant suit un traitement, ou présente un problème de santé nécessitant une surveillance particulière : maladie, accident, hospitalisation, opération (veuillez préciser les dates) :

.....

.....

.....

.....

.....

## 3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant



## 7-Adresse et horaires :

**Adresse : CLAC, Mercredi et Vacances scolaires :** Local jeune 11, boulevard des Castres 32130 Samatan

**Horaires : CLAC :** Lundi Mardi Jeudi et Vendredi de :

**Mercredi :** 12h30- 18h

**Vacances scolaires :** 9h à 18h ou 14h- 22h (en fonction de la programmation)

### ***Documents obligatoires***

- Attestation d'assurance responsabilité civile et couvrant les risques liés aux activités scolaires et périscolaires et extrascolaire ;
- Un RIB/IBAN pour ceux qui souhaitent un prélèvement automatique accompagné d'une autorisation de prélèvement SEPA si modification par rapport à l'année précédente)
- La copie de la décision du juge aux affaires familiales relative à l'autorité parentale en cas de séparation, garde alternée... ;

Le cas échéant, une lettre des parents séparés attestant qu'ils désirent une facturation dissociée

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

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

Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du CLAC et de l'ALSH pour l'année scolaire 2022/2023.

Certifie et déclare l'exactitude des renseignements portés sur le dossier d'inscription et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

M'engage à joindre les pièces indispensables si nécessaire pour valider le dossier d'inscription.

Le

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »