

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 »