

**DOSSIER D'INSCRIPTION 2023**

SERVICES SOUHAITES	SERVICE JEUNESSE			SERVICE SCOLAIRE	
	ALSH Permanent (mercredis, petites vacances)	ALSH vacances d'été	Accueil Péri-scolaire	Restauration scolaire	Aide aux devoirs

**ENFANT**

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>	<b>Date de naissance :</b>
--------------	-----------------	----------------------------

Ecole Rose de Picardie :  Ecole La Caroline :  Ecole des Pierres Blanches :

Ecole Petrucciani :  Ecole Françoise Dolto :  Ecole de la Neuville :  Ecole Au Bord de l'ancre :

**RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT**

	LE PÈRE	LA MÈRE	AUTRE (Tuteur, Assistante familiale, Beau-père, Belle-mère ...)
NOM			
PRENOM			
DATE ET LIEU DE NAISSANCE			
SITUATION FAMILIALE (mariés, pacsés, divorcés, concubinage...)			
ADRESSE			
REGIME SOCIAL	CAF : <input type="checkbox"/> N° ALLOCATAIRE : ..... MSA : <input type="checkbox"/> AUTRE : <input type="checkbox"/>		
TELEPHONE FIXE			
PORTABLE			
E-MAIL			
PROFESSION			
EMPLOYEUR			
ADRESSE EMPLOYEUR			
TELEPHONE TRAVAIL			

## AUTORISATIONS

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

Agissant en qualité de : Père  Mère  Autre

### AUTORISE LES PERSONNES CI-DESSOUS À VENIR RECHERCHER MON ENFANT

*Conformément au règlement intérieur seules les personnes majeures sont habilitées à venir chercher les enfants sur présentation d'une pièce d'identité*

#### DELEGATION N° 1

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté	Adresse

#### DELEGATION N° 2

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté	Adresse

#### DELEGATION N° 3

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté	Adresse

**AUTORISE L'ENFANT** : .....

A repartir seul :      OUI       NON

A être photographié ou filmé et à diffuser la photo sur le Courrier Picard, Corbie info, Facebook de l'ALSH et le site internet de la Mairie :

OUI       NON

**AUTORISE LA DAEJ** :

A consulter le Quotient Familial de la famille, par le biais du n° allocataire CAF, dans le cadre de la tarification ALSH et comme le prévoit le conventionnement CAF

OUI       NON  (Si NON, la famille s'engage à payer le tarif maximum prévu au barème)

**DOSSIER MEDICAL**  
**A renouveler tous les ans**

**Les renseignements demandés ci-dessous sont impératifs & confidentiels.**  
**Ils nous seront demandés en cas d'hospitalisation.**

Nom, téléphone et Ville du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_

L'enfant est-il à jour dans ses vaccins : oui  non

L'enfant a-t-il eu :

La Rubéole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	La Scarlatine	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
La Coqueluche	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	La Rougeole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Les Oreillons	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	La Varicelle	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Des Otites	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	De l'Asthme	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Des Rhumatismes	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Des convulsions	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

L'enfant a-t-il déjà eu des interventions chirurgicales : oui  non

Si oui, lesquelles (préciser l'année de l'intervention) : \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il des allergies : oui  non

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

L'enfant suit-il un traitement médical : oui \* non

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

**\*AUCUN MEDICAMENT NE SERA DONNE SANS ORDONNANCE MEDICALE (OBLIGATOIRE)**

L'enfant a-t-il des activités qui lui sont interdites : oui  non

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il des lunettes : oui  non

L'enfant a-t-il une prothèse : Dentaire oui  non  Auditive : oui  non

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier : oui  non

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

**JOINDRE UNE COPIE DU RÉGIME ALIMENTAIRE A SUIVRE (OBLIGATOIRE)**

**Choix d'un repas : (ne cocher qu'une seule case)**

Standard :  Sans Porc :  Sans Viande :

**J'AUTORISE EGALEMENT L'ÉQUIPE D'ENCADREMENT À PRENDRE TOUTE DÉCISION DE SOIN, D'HOSPITALISATION OU D'INTERVENTION CHIRURGICALE EN CAS DE NÉCESSITÉ CONSTATÉE PAR UN MEDECIN.**

**CHOIX HOSPITALIER :**

**☒ Déclare(nt) avoir pris connaissance des règlements intérieurs des différents services (disponibles sur le site de la mairie ou dans nos bureaux) et d'en avoir accepté toutes les clauses.**

A Corbie, le

**Signature des 2 parents (obligatoire) précédée de la mention  
« Lu et approuvé »**

**PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER**

<p><b>Livret de famille complet :</b> Parents + frères et sœurs</p>		<p><b>Carnet de santé :</b> Copie des vaccins à jour ou attestation du médecin traitant que les vaccins sont à jour</p>	
<p><b>Justificatif de domicile :</b> Facture de moins de 3 mois</p> <p style="text-align: center;"><b>Ou</b></p> <p><b>Attestation d'hébergement :</b> Courrier et justificatif de domicile de l'hébergeur</p>		<p><b>Séparation des parents :</b></p> <p>Notification de <b>jugement de séparation</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Ou</b></p> <p><b>Autorisation écrite</b> (courrier) du parent qui n'a pas la garde de l'enfant</p>	
<p><b>Assurance :</b></p> <p>Attestation d'<b>Assurance responsabilité civile</b> qui couvre l'enfant</p>		<p><b>Pour toute inscription à l'ALSH (si vous ne dépendez pas de la CAF de la Somme) :</b></p> <p>Dernier <b>Avis d'imposition sur les revenus</b> (du foyer)</p> <p style="text-align: center;"><b>Ou</b></p> <p><b>Attestation de quotient familial</b> de votre caisse de régime social (MSA, SNCF ...)</p>	
<p><b>Enfant déjà scolarisé :</b></p> <p><b>Certificat de radiation</b> de l'école précédente</p>			