





DOSSIER D'INSCRIPTION

SERVICES SOUHAITÉS	SERVICE JEUNESSE			SERVICE SCOLAIRE
	ALSH (mercredis, petites vacances)	ALSH Vacances d'été	Accueil Péri-scolaire (matin et soir)	Restauration scolaire (Temps du midi)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ENFANT		
Nom :	Prénom :	Date de naissance :

- ☐ Ecole élémentaire Rose de Picardie
 ☐ Ecole élémentaire La Caroline
 ☐ Ecole maternelle des Pierres Blanches
☐ Ecole élémentaire Petrucciani
 ☐ Ecole maternelle Françoise Dolto
 ☐ Ecole élémentaire de la Neuville
☐ Ecole maternelle Au Bord de l'ancre
☐ Ecole extérieure fréquentée : Précisez :

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT			
	LE PÈRE	LA MÈRE	AUTRE (Tuteur, Assistante familiale, Beau-père, Belle-mère ...)
NOM			
PRÉNOM			
DATE ET LIEU DE NAISSANCE			
SITUATION FAMILIALE (Mariés, pacsés, divorcés, union libre)			
ADRESSE			
RÉGIME SOCIAL	CAF : <input type="checkbox"/> N° Allocataire : MSA : <input type="checkbox"/> AUTRE : <input type="checkbox"/>		
 Ligne Fixe			
 Portable			
 Adresse e-mail			
PROFESSION			
EMPLOYEUR			
ADRESSE EMPLOYEUR			
 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 de l'ALSH : OUI ☐ NON ☐

J'ai conscience qu'avec l'ALSH mon enfant participera :

- ☐ Aux sorties de proximité organisées régulièrement par l'ALSH (parc, jeux dans la ville, bibliothèque, gymnase, etc.).
☐ Aux sorties exceptionnelles organisées par l'ALSH (zoo, musée, plage, spectacle, activités culturelles ou sportives nécessitant un transport).

J'autorise les encadrants de l'ALSH (Accueil de Loisirs Sans Hébergement) de Corbie à :

- ☐ Prendre des photos / vidéo / captation de voix de mon enfant dans le cadre des activités.
☐ Utiliser ces images dans :
 ☐ Les supports internes (panneaux d'affichage, journal de l'ALSH, diaporamas pour les familles)
 ☐ La communication externe de l'ALSH (Page Facebook Les Ptits Corbéens)
☐ Je n'autorise pas la diffusion de l'image / voix de mon enfant

AUTORISE LA DEJE :

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

CHOIX HOSPITALIER :

☐* **Déclare(nt) avoir pris connaissance des règlements intérieurs des différents services et d'en avoir accepté toutes les clauses (disponibles sur le site de la mairie et dans votre Espace Inoé).**

(☐*) = cocher la case

A Corbie, le :

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

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER

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