

**A.L.S.H SECTEUR JEUNES DE LA SEQUANAISE**  
**DOSSIER D'INSCRIPTION 201\_ / 201 \_**  
Date d'ouverture du dossier :...../ ...../.....

NOM :

Prénom :

- Règlement de 9€ de l'adhésion annuelle à La Séquanaise
- Fiche Administrative complétée, datée et signée
- fiche complémentaire complétée datée et signée
- N° allocataire CAF ou MSA et/ou Photocopie du dernier avis d'imposition (2016).  
Sans ces renseignements, le taux horaire sera calculé au plafond.
- Fiche sanitaire remplie datée et signée + photocopie du carnet vaccination

- Dossier complet à saisir dans Noé**
- Saisie Noé**

Tel : 03.84.37.30.50

Mail : la.sequanaise@wanadoo.fr

**RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT**

Nom :	Né(e) le :
Prénom :	Sexe :
Adresse :	Nationalité :
Téléphone :	Portable de l'enfant :
	E mail :

<b>Parent 1</b>	<b>Responsable légal</b> <input type="checkbox"/>
Parenté :	
Civilité :	
Nom :	
Prénom :	
Profession :	
Employeur :	
Téléphone Travail :	
Portable :	
Email :	
Adresse Facebook :	

<b>Parent 2</b>	<b>Responsable légal</b> <input type="checkbox"/>
Parenté :	
Civilité :	
Nom :	
Prénom :	
Profession :	
Employeur :	
Téléphone Travail :	
Portable :	
Email :	
Adresse Facebook :	

N° Allocataire CAF :

ou N° Allocataire MSA :

<b>AUTORISATIONS -</b>			
<input type="checkbox"/>	Autorise	Le personnel à photographier ou filmer mon enfant dans la mesure où les films et images ne seront utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement.	
<input type="checkbox"/>	N'autorise pas		
<input type="checkbox"/>	Autorise	L'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident impliquant mon enfant (SAMU, pompiers, hospitalisation, anesthésie).	
<input type="checkbox"/>	N'autorise pas		
<input type="checkbox"/>	Autorise	à rentrer seul(e) après les activités de La Séquanaise (Sections)."	
<input type="checkbox"/>	N'autorise pas		
<b>Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'adhérent(e) et/ou à prévenir en cas d'urgence</b>			
Interdit	Nom - Prénom	Téléphone	Lien de parenté
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal(e) de l'adhérent(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

Signature

Date :

## Fiche complémentaire : ALSH Secteur Jeunes La Séquanaise

Nom de l'enfant :

Prénom :

Nombre d'enfants à charge :

Quotient Familial :

Nombre de Parts :

Adresse Facebook de l'enfant :

Situation de Famille par rapport à l'autre parent :

- Marié(e)
- Pacsé(e)
- Divorcé(e)
- Concubin(e)
- Séparé(e)

Je soussigné, Mr ou Mme.....

- Autorise**
- N'autorise pas** le personnel à sortir mon enfant de l'enceinte de l'établissement pour les sorties en groupe.
  
- Autorise**
- N'autorise pas** le personnel à administrer à mon enfant les éventuelles médications par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance.
  
- Autorise** mon enfant à rentrer seul après les activités de l'ALSH (Vacances, Mercredis, CLAS).
- N'autorise pas**
  
- Autorise**
- N'autorise pas** le personnel à transporter ou faire transporter mon enfant dans les véhicules de l'établissement dans le cadre des sorties en groupe.
  
- Autorise**
- N'autorise pas** le personnel administratif à accéder aux informations de CAFPRO.
  
- J'atteste sur l'honneur que mon enfant **sait nager** en eau profonde
- J'atteste sur l'honneur que mon enfant **ne sait pas nager** en eau profonde.

Signature :

Date :





**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....  
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....  
.....  
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....  
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....