

FICHE familiale D'inscription ALSH

Réservé administration

SAISIE NOE

Année	Date inscription	Quotient	Activité fréquentée	N° adhésion	Montant adhésion	Mode de paiement	Cotisation ALSH 1€	Mode paiement
2019 - 2020								
2020 - 2021								
2021 - 2022								

MARIE CELIBATAIRE SEPARÉ VEUF VIE MARITALE DIVORCE PACSE

MADAME (*cocher personne inscrite à l'activité) MONSIEUR (*cocher personne inscrite à l'activité)

Nom :	Nom (si différent) :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Adresse :	Adresse :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Téléphone portable:	Téléphone portable:
Téléphone travail :	Téléphone travail :
Email :	Email :
Profession :	Profession :
Autres : RSA <input type="checkbox"/> chômeur <input type="checkbox"/> sans profession <input type="checkbox"/>	Autres : RSA <input type="checkbox"/> chômeur <input type="checkbox"/> sans profession <input type="checkbox"/>
N° ALLOCATAIRE CAF :	
N° SECURITE SOCIALE (uniquement pour les activités enfants).....	

ORGANISME QUI VERSE DES ALLOCATIONS FAMILIALES : CAF MSA AUTRE

Nombre d'enfants à charge.....

- (1) NOM prénom de l'enfant date de naissance
- (2) NOM prénom de l'enfant)..... date de naissance
- (3) NOM prénom de l'enfant date de naissance
- (4) NOM prénom de l'enfant..... date de naissance

ENGAGEMENTS ET AUTORISATIONS (pour les activités adultes ne cocher éventuellement que le n°1, 2 et 4)

- 1) J'autorise le centre à utiliser les éventuelles photos ou films vidéo faits de (**mon enfant, de moi-même**) lors de ses activités pour usage de communication (presse, expo, publicité, site Internet : <http://cssaintjust.free.fr>).
- 2) Je m'engage à signaler tout changement de situation familiale, d'adresse, d'Email ou de n° de téléphone
- 3) J'autorise le directeur du centre social à prendre toutes les mesures qu'il jugera utiles, en cas d'accident ou d'incident survenant sur la personne de mon enfant
- 4) J'autorise le centre social à accéder directement à mon dossier allocataire par l'intermédiaire du service nommé CAFPRO
- 5) J'autorise mon enfant à participer aux sorties de plein air, baignades, à utiliser les transports dans le cadre des activités.
- 6) POUR LE CENTRE AERE et LES ACTIVITES ENFANTS j'autorise mon enfant à rentrer seul OUI NON
- J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et le respecter, et respecter les horaires.

Date :

Signature :

FICHE ENFANT

NOM	Prénom	Date naissance

AUTORITE PARENTALE : conjointe mère père

Allergies (alimentaires ou médicamenteuses)

.....

Aliments interdits.....

.....

Problèmes de santé.....

.....

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

VACCINS	DATE
BCG	
DTP : (DT polio –Revaxis)	
DTP+COQ : (DTCP, Tétracoq, infanrix)	
DTP HEMOPHILUS (Pentacoq, Pentavac, Infanrix Quinta)	
PNEUMOCOQUE (Prevenar)	
MENINGITE :(Meningococ)	
ROR : (Priorix)	
HEPATITE B : (Engerix B, HB Vax Pro, Genhevac)	
AUTRES :	

NOM	PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE	QUALITE

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT AUTRES QUE LES PARENTS

NOM	PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE	QUALITE