



# Dossier d'inscription

## Pôle famille enfance jeunesse

### Pièces obligatoires à fournir avec le dossier d'inscription

#### Complétez toutes les parties et signez :

- La fiche d'inscription (4 pages)

#### Fournir une copie :

- Carnet de santé des pages vaccins obligatoires à jour (mentionnez le nom l'enfant)
- du Livret de famille
- de l'attestation d'assurance responsabilité civile ou scolaire de l'année en cours
- du justificatif de domicile daté de moins de trois mois
- de l'attestation CAF ou MSA, ou dernier avis d'imposition (pour les familles non allocataires). A défaut de présentation d'un des documents le tarif plein est appliqué.

## 1. L'ENFANT

Nom..... Prénom..... Date de naissance ..... / ..... / .....  
Sexe  M  F

Nom du médecin traitant ..... Téléphone .....

- Mon enfant est détenteur d'un P.A.I  (**PAI scolaire NON accepté**) demandez le formulaire **PAIP au secrétariat du Pôle Famille**. Toute famille d'enfant allergique, asthmatique ou atteint de trouble nécessitant l'administration d'un traitement devra fournir le document PAIP AVANT toute réservation à l'ALSH contactez le responsable [clsh@surzur.fr](mailto:clsh@surzur.fr)
- Mon enfant est bénéficiaire de l'AEEH  OUI si oui, fournir l'attestation AEEH  
Si dossier AEEH en cours prendre rendez-vous avec le responsable [clsh@surzur.fr](mailto:clsh@surzur.fr)

## 2. LES RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable 1 (payeur)

NOM .....

Prénom.....

Situation familiale\* (marié,séparé,veuf.....)

Parenté.....

Adresse.....

.....

.....

Mail .....@.....

Tél. domicile.....

Tél. portable.....

Tél. travail.....

Responsable 2

NOM .....

Prénom.....

Situation familiale\* (marié,séparé,veuf.....)

Parenté.....

Adresse.....

.....

.....

Mail .....@.....

Tél. domicile.....

Tél. portable.....

Tél. travail.....

\*En cas de séparation de compte contactez [regie-periscolaire@surzur.fr](mailto:regie-periscolaire@surzur.fr)

### 3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

#### • Vaccinations

| ENFANT NE-E A PARTIR DE 2018  |     |     |                            |                                     |       |
|---|-----|-----|----------------------------|-------------------------------------|-------|
| VACCINS OBLIGATOIRES  | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES                 | DATES |
| Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)<br>Coqueluche<br>Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B<br>Hépatite B |     |     |                            | Tuberculose                         |       |
|   |     |     |                            | Méningocoques B                     |       |
|   |     |     |                            | Varicelle                           |       |
|   |     |     |                            | Grippe                              |       |
| Infections invasives à pneumocoque  |     |     |                            | Zona                                |       |
| Méningocoque de sérogroupe C  |     |     |                            | Infections à papillomavirus humains |       |
| Rougeole, oreillons et rubéole  |     |     |                            | Rotavirus                           |       |

| ENFANT NE-E AVANT 2018 |     |     |                            |                            |       |
|------------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| VACCINS OBLIGATOIRES   | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES        | DATES |
| Diphtérie              |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos                |     |     |                            | Rubéole Oreillons Rougeole |       |
| Poliomyélite           |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| ou DT Polio            |     |     |                            | BCG                        |       |
| ou Tétra coq           |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |

#### • Renseignements médicaux\*

L'enfant suit-il un traitement médical temporaire ? oui  non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**

| L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES (entourer la réponse) |     |           |     |          |     |                             |     |            |     |
|--|-----|-----------|-----|----------|-----|-----------------------------|-----|------------|-----|
| RUBEOLE  |     | VARICELLE |     | ANGINE   |     | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ |     | SCARLATINE |     |
| OUI  | NON | OUI       | NON | OUI      | NON | OUI                         | NON | OUI        | NON |
| COQUELUCHE   |     | OTITE     |     | ROUGEOLE |     | OREILLONS                   |     |            |     |
| OUI  | NON | OUI       | NON | OUI      | NON | OUI                         | NON |            |     |

ALLERGIES/AUTRES : ASTHME    oui  non     MEDICAMENTEUSES    oui  non   
ALIMENTAIRES    oui  non     AUTRES    oui  non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

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

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

**• Recommandations utiles des parents**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires, etc... précisez :

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

L'enfant mouille-t-il son lit ?            oui     occasionnellement     non

**3. LES AUTORISATIONS**

Les personnes autorisées à venir chercher l'enfant (données enregistrées sur le portail famille)

Les enfants ne peuvent être confiés qu'à des personnes ayant reçu l'autorisation des parents ou du responsable légal. Par sécurité, lors de son arrivée nous demanderons à la personne autorisée de confirmer son identité.

| Nom | Prénom | Liens | Coordonnées |
|-----|--------|-------|-------------|
|     |        |       |             |
|     |        |       |             |
|     |        |       |             |

AUTORISE mon enfant de plus de 6 ans à partir seul à l'issue de l'ALSH oui  non

AUTORISE que mon enfant soit filmé, photographié pendant les activités, pour tout support de diffusion de l'ALSH de SURZUR, presse, flyer, internet, Facebook, magazine oui  non

ATTESTE avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Enfance

## 5. LES ENGAGEMENTS PARENTAUX

M'ENGAGE à respecter les règles de fonctionnement de l'ALSH consignées dans le règlement intérieur.

M'ENGAGE à signer un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.) si l'état de santé de mon enfant nécessite une prise en charge particulière.

M'ENGAGE à enregistrer les données sanitaires sur mon portail famille et actualiser régulièrement mes données personnelles.

Je soussigné (e),..... responsable légal de l'enfant mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le/la responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé du mineur, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'Urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Fait à :

Le :

Signature(s) obligatoire(s) des responsables légaux

Mère

Père

Tuteur

Famille d'accueil  
(Précisez l'organisme ASE...)

**NB : le règlement intérieur enfance et les tarifs en cours sont consultables sur le site de la Mairie et le portail famille.**