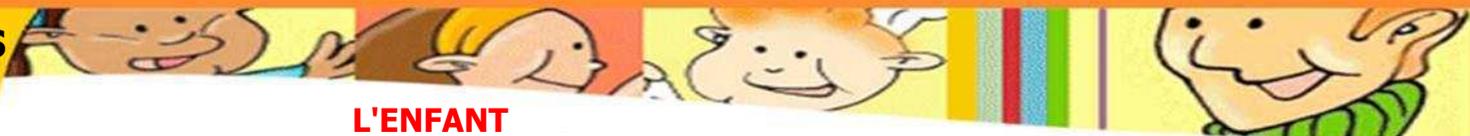


BULLETIN D'INSCRIPTION ALPS



L'ENFANT

NOM / Prénom

Fille

Garçon

Date de naissance

Classe

N° d'allocataire CAF

Adresse postale

ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRE ⁽¹⁾

RESTAURANT SCOLAIRE LUNDI - MARDI - JEUDI - VENDREDI

⁽¹⁾ veuillez cocher cette case si vous pensez avoir besoin de ce service, même occasionnellement.

REPRESENTANT(S) LEGAL(AUX)

NOM / Prénom

Lien de parenté

Téléphone

Autorité parentale ⁽²⁾

Oui Non

NOM / Prénom

Lien de parenté

Téléphone

⁽²⁾ Si non, fournir la décision judiciaire.

Oui Non

AUTORISATION PARENTALE - TRANSFERT DE RESPONSABILITE

Je soussigné représentant légal de l'enfant autorise les personnes (**majeur de préférence**) ci-dessous à récupérer mon enfant de l'ALPS.

1 - NOM - Prénom / Téléphone

2 - NOM - Prénom / Téléphone

3 - NOM - Prénom / Téléphone

4 - NOM - Prénom / Téléphone

5 - NOM - Prénom / Téléphone

6 - NOM - Prénom / Téléphone

FACTURATION

Indiquer ci-dessous les coordonnées postales pour la facturation des prestations de l'ALPS et l'adresse mail de référence pour cet envoi.

NOM / Prénom

Adresse postale

Adresse m@il

Je soussigné reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ALPS et en accepter les termes . J'autorise l'utilisation de l'image de mon enfant lors des activités organisées par l'ALPS. J'atteste qu'il dispose d'une assurance couvrant les dommages auxquels il peut être exposé. Je déclare exacts les renseignements portés sur ce bulletin et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Observation

Date

Signature (NOM / Prénom du représentant légal.)

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA COHESION SOCIALE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

NOM / Prénom

Date de naissance

VACCINATION

La vaccination obligatoire pour l'entrée en accueil de mineur des enfants nés avant le 1er janvier 2018 est le DTP. Pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018 ce sont 11 vaccins qui sont obligatoires. **Pour toute nouvelle inscription à l'ALPS** joindre par numérisation à sports.mairie@xonrupt.fr ou par MMS au 0608861068.

- Une copie du carnet de santé de la page 90 pour le DTP ou des pages 98-99 pour les 11 vaccins.
- Si l'enfant n'a pas les vaccinations obligatoires fournir une attestation médicale de contre indication reconnue.

L'ENFANT FAIT-IL L'OBJET D'UN PAI ? (Projet d'Accueil Individualisé) **OUI** **NON**

- Si oui, lequel ?

L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL ? **OUI** **NON**

- Si oui, lequel ?

En cas de traitement médicamenteux pour une pathologie chronique ou aiguë joindre impérativement :

- L'ordonnance avec les conditions et les modalités d'administration des médicaments.
- Les médicaments correspondants dans leurs emballages d'origine marqués du nom de l'enfant.
- Une attestation parentale donnant accord pour administrer le traitement.

Aucun traitement médicamenteux ne pourra être donné sans le respect de ces obligations.

ALLERGIES

AUCUNE ALIMENTAIRES MEDICAMENTEUSES ASTHME AUTRES

- En cas d'allergie préciser l'allergène et la conduite à tenir.

DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation...)

- Préciser les précautions à prendre.

Je soussigné déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le personnel de l'ALPS à prendre, le cas échéant, les mesures d'urgences rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date

Signature (NOM / Prénom du représentant légal.)