



DOSSIER  
D' INSCRIPTION  
ALSH

Année .....



**ENFANT**

Nom..... Prénom .....

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Adresse :.....

.....

Nom du médecin:..... Téléphone : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_.

Ecole:..... Classe: ....

Nom de l'enseignant:.....

**PERE**

Autorité parentale:  oui  non

Nom-Prénom:.....

Adresse:.....

.....

Tél portable: \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_ Tél professionnel: \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_.

E-mail : .....@ .....

Souhaitez-vous recevoir les factures et les programmes des activités par mail :

Oui  Non

**MERE**

Autorité parentale:  oui  non

Nom-Prénom:.....

Adresse:.....

.....

Tél portable: \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_ Tél professionnel: \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_.

E-mail : .....@ .....

Souhaitez-vous recevoir les factures et les programmes des activités par mail :

Oui  Non

**PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT**

NOM-PRENOM	LIEN DE PARENTE	TEL MOBILE	TEL DOMICILE



**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON**

NOM: .....

PRÉNOM:.....

DATE DE NAISSANCE: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

GARÇON

FILLE

**COPIE DES VACCINS OBLIGATOIRE.**

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour? 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 ?**

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ENFANT PORTEUR DE HANDICAP** : OUI  Précisez ..... NON

**PAI** : OUI  NON

**ALLERGIES**: ASTHME OUI  NON  MÉDICAMENTEUSES OUI  NON

ALIMENTAIRES OUI  NON  AUTRES: .....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR**

.....  
.....



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, 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 AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉOUR) .....

.....

TÉL FIXE, (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_/\_\_/\_\_/\_/\_\_\_ PROFESSIONNEL : \_\_/\_\_/\_\_/\_/\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) .....

Je soussigné(e), ..... responsable légal(e)  
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 :



## AUTORISATIONS ALSH

Je soussigné(e) .....  
Demeurant .....  
.....  
Pour l'enfant.....

Autorise                                       N'autorise pas  
Mon enfant à rentrer seul après les activités  
.....

Autorise                                       N'autorise pas  
Mon enfant à participer aux activités organisées par le centre de loisirs  
(les activités peuvent avoir lieu en dehors du centre de loisirs ou des  
écoles (gymnase, bibliothèque...)  
.....

Autorise                                       N'autorise pas  
Mon enfant à utiliser le service de transport mis en place par L'OISON  
.....

Autorise                                       N'autorise pas  
La responsable du centre de loisirs à prendre toutes les mesures  
(hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par  
l'état de santé de mon enfant.  
.....

Autorise                                       N'autorise pas  
Mon enfant a être pris en photo dans le cadre des activités du centre  
de loisirs. Les photos peuvent être utilisées dans les différents  
supports de communication (plaquettes, article de presse, exposition,  
site internet...)  
.....

Autorise                                       N'autorise pas  
L'Association L'OISON à utiliser le service CDAP de la CAF pour disposer  
du quotient familial nécessaire au calcul du tarif appliqué à la famille.

Fait à ....., le \_\_/\_\_/\_\_\_\_.  
Signature :



## RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE L'ACCUEIL DE LOISIRS SANS HÉBERGEMENT

### ARTICLE 1 : ACCUEIL DES ENFANTS

Il aura lieu de 7h30 à 9h30 le matin, de 11h30 à 12h30 le midi, de 13h15 à 14h l'après midi et de 16h30 à 18h30 le soir. En dehors de ces horaires et pour le bon fonctionnement des activités les enfants ne pourront être accueillis.

### ARTICLE 2 : INSCRIPTIONS

Avant toute journée d'accueil, un dossier d'inscription est à remplir pour l'année par le responsable légal de l'enfant. Les inscriptions sont à faire au plus tard 48h à l'avance. Pour garantir l'inscription de votre enfant sur la période des vacances d'été et au vu du nombre de places limitées, des arrhes (correspondant au nombre de journées réservées) seront demandées à l'inscription.

### ARTICLE 3 : ABSENCES, MALADIES

En cas d'absence de l'enfant, la directrice devra être prévenue 48h à l'avance et les parents devront fournir un certificat médical. Toute journée d'absence non décommandée et non justifiée 48h à l'avance, sera facturée par un forfait de 5€.

### ARTICLE 4 : PAIEMENTS

Le paiement du séjour donnera lieu à une facturation mensuelle.

En cas de difficultés financières, vous pouvez contacter la directrice. Un paiement échelonné est possible. **Toutefois, en cas de retard de plus de 2 mois dans le règlement des factures, l'enfant ne sera plus accueilli.**

### ARTICLE 5 : INTERDICTIONS

Les bijoux, jouets et argent ne sont pas recommandés à l'accueil de loisirs. Nous dégageons toute responsabilité en cas de perte ou de vol.

### ARTICLE 6 : TRANSPORT

**Un service de ramassage est mis en place pour les familles n'ayant pas de moyen de locomotion.** Il se fait en fonction des demandes et au tarif de 1€ par jour et par enfant.

### ARTICLE 7 : SANTE HYGIENE

Tout enfant devra se présenter au centre de loisirs dans un état de propreté convenable.

Si l'enfant est malade, le responsable légal sera prévenu afin de venir chercher l'enfant.

### ARTICLE 8 : PHOTOS

L'ALSH (Accueil de Loisirs Sans Hébergement) se réserve le droit de faire figurer les photos des enfants sur ses documents de communication (plaquettes, article de presse, site internet...).

*Voir fiche Autorisations à remplir*

### ARTICLE 9 : EXCLUSION

Le Conseil d'Administration de l'Association se réserve le droit d'exclure un enfant en cas de non-respect du règlement intérieur.

### ARTICLE 10 : ADHESION

**Chaque famille utilisatrice du centre de loisirs devra être adhérente de l'association.**

Le tarif est fixé à 7€ par famille. L'adhésion est valable du 01 janvier au 31 décembre de l'année en cours.

Je soussigné \_\_\_\_\_ reconnaît avoir pris connaissance de règlement intérieur et l'accepte.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature