

**Recommandations des parents:**

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

**Contacts en cas d'urgence :**

\*Nom-Prénom : ..... N° de tél : .....  
\*Nom-Prénom : ..... N° de tél : .....  
\*Nom-Prénom : ..... N° de tél : .....  
\*Nom-Prénom : ..... N° de tél : .....

**Informations**

Numéro de sécurité sociale du responsable de l'enfant : .....  
Nom et Tél du médecin traitant : .....

Je soussigné(e) : .....  
Responsable de l'enfant : .....  
• Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche  
• Autorise l'équipe d'animation EPM et/ou communale à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).  
Signature : ..... Date : .....  
faire précéder de la mention «lu et approuvé»

**Réservé services SPL (Vérification pièces à fournir)**

Autorisation de prélèvement  RIB   
Votre adhésion annuelle sera prélevée lors de la 1ère facture

**Année : 2019**

Valable du 01/01/2019 au 31/12/2019

**4-12 ans**



**Dossier d'inscription  
ALSH, PERISCOLAIRE  
& RESTAURATION**



**L'Enfant**

Nom : ..... Ecole Publique St Sorlin   
Prénom : ..... Ecole Publique St Didier   
Garçon  Filles  Ecole Privée Arc en Ciel   
Adresse : ..... Ecole Publique St Maurice   
Date de naissance: ..... / ..... / ..... Ecole Privée St Maurice   
Classe : .....

**Père-Mère-Tuteur**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
Tel portable: .....  
Tel domicile : .....  
Tel pro : .....  
E-mail : .....  
Profession : .....

**Père-Mère-Tuteur**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
Tel portable: .....  
Tel domicile : .....  
Tel pro : .....  
E-mail : .....  
Profession : .....

N° Allocataire CAF : ..... Nom de l'allocataire : .....  
J'autorise EPM à consulter mes données sur Caf Pro, à défaut ou si aucune information n'est disponible, la tarification maximum me sera appliquée.

Ou

N° Allocataire MSA : ..... Nom de l'allocataire : .....  
Je m'engage à fournir une attestation MSA de moins de 3 mois comportant le quotient familial, ou la tarification maximum me sera appliquée.

### Autorisation de départ :

Je soussigné(e) Mme, M. ...., responsable légal de l'enfant .....

- Autorise mon enfant à partir seul  Oui  Non

- Autorise mon enfant à partir uniquement accompagné de :

\*Nom-Prénom : ..... N° de tél : .....

\*Nom-Prénom : ..... N° de tél : .....

\*Nom-Prénom : ..... N° de tél : .....

\*Nom-Prénom : ..... N° de tél : .....

Une pièce d'identité sera demandée si la personne venant récupérer l'enfant n'est pas connue de l'équipe d'animation.

### Droit à l'image :

J'autorise la SPL «Enfance en Pays Mornantais», la commune de Chabanière et la Communauté de Communes du Pays Mornantais à utiliser dans ses supports ou supports intercommunaux les photos ou vidéo réalisées afin de contribuer à la promotion des activités et la promotion du territoire du Pays Mornantais. Ceci exclut l'utilisation à des fins commerciales sans accord préalable de l'autorité parentale.

### Règlement intérieur :

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepter les termes sans restriction.

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Selon Cerfa 1008\*02 du code de l'action sociale et des familles

### Vaccination :

(se référer au carnet de santé, indiquer la date du dernier rappel)

DT POLIO : ..... (Vaccin anti tétanique obligatoire)

BCG : .....

Hépatite B : .....

Rubéole, Oreillons, Rougeole : .....

Autres (précisez) : .....

Autres (précisez) : .....

### Renseignements médicaux :

\* Taille : ..... Poids : .....

\*L'enfant suit-il un traitement médical: oui – non

Si oui, joindre une copie de l'ordonnance et les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

\*L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : (entourez celle(s) contractées)

Rubéole- Varicelle- Angine- Rhumatisme articulaire aigu-  
Scarlatine-Coqueluche-Otite-Rougeole-Oreillons

### Allergies :

En cas de spécificité de santé (allergie, asthme, maladie chronique etc...), il est obligatoire de produire un Protocole d'accueil (rédigé par un médecin).  
Merci de prendre contact avec l'équipe d'animation.

Asthme : oui – non

Allergie médicamenteuse : oui – non

Allergie Alimentaire : oui-non

Autre : oui- non

Précisez l'allergie: .....

### Difficultés de santé : (maladie, accident, hospitalisation, opérations etc)

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