

## 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 (Vérification pièces à fournir)

Autorisation de prélèvement  RIB

Votre adhésion annuelle sera prélevée lors de la 1ère facture

# Année : 2021

Valable du 01/01/2021 au 31/12/2021

# 4-12 ans



## Dossier d'inscription ALSH, PERISCOLAIRE & RESTAURATION



### L'Enfant

Nom : .....

Prénom : .....

Garçon

Fillle

Adresse : .....

Date de naissance: ..... / ..... / .....

Ecole Publique St Sorlin

Ecole Publique St Didier

Ecole Privée Arc en Ciel

Ecole Publique St Maurice

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 : .....

Réservé services :

Saisi  
Commune .....

Saisi  
EPM .....

Portail  
Famille .....

Verif  
FS

APS  
non

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.

### Communication et 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 communiquer via mon adresse mail ainsi qu'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.

### Règlements intérieurs :

Je certifie avoir pris connaissance des règlements intérieurs 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)

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