

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

Orliénas
Commune du Rhône



L'Enfant

Nom :

Prénom :

Garçon Fille

Adresse :

Date de naissance: / /

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 :

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 :

Vous acceptez que les données de ce formulaire :

soient utilisées par EPM / les structures périscolaires et restaurations communales

et soient utilisées par EPM / Les services intercommunaux dans le cadres des accueils de loisirs (nécessaire pour un accueil en centre de loisirs même éventuel).

Je les autorise à communiquer via mon adresse mail ainsi qu'à utiliser dans leurs supports les photos ou vidéos réalisées afin de contribuer à la promotion des activités et 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) :

COPIE DU CARNET DE
VACCINATION A JOINDRE
OBLIGATOIREMENT

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)

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