

## Recommandations des parents :

## Régime alimentaire particulier :

Dans le cadre des centres de loisirs et de la restauration scolaire, il est proposé uniquement des repas de substitution pour les repas sans porc. Je souhaite des repas de substitution sans porc

## 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 : 2022

Valable du 01/01/2022 au 31/12/2022

# 4-12 ans



# Dossier d'inscription ALSH, PERISCOLAIRE & RESTAURATION



## L'Enfant

Nom : .....

Prénom : .....

Garçon

Fille

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 : .....

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 / la commune d'Orliénas
- 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)

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