

Recommandations des parents :

Régime alimentaire particulier

Dans le cadre des centres de loisirs, **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 (autres que les parents) :

*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 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 : 2024

Valable du 01/01/2024 au 31/12/2024

3 - 12 ans



**Dossier d'inscription
ALSH, Périscolaire
& Restauration**



L'enfant

Nom :

Ecole Publique St Sorlin

Prénom :

Ecole Publique St Didier

Garçon

Fille

Ecole Privé Arc en Ciel

Adresse :

Ecole Publique St Maurice

Ecole Privé St Maurice

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

Classe :

Père-Mère-Tuteur

Nom :

Père-Mère-Tuteur

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

Tel Portable :

Tel Portable :

Tel Domicile :

Tel Domicile :

Tel Pro :

Tel Pro :

Email :

Email :

Réservé services SPL : Saisi Saisi Saisi Quotient Verif APS
Commune..... EPM PF Familial FS non

N° Allocataire CAF du Rhône :

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.

Allocataire MSA et CAF (hors Rhône)

Je m'engage à fournir une attestation 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 légale 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 :

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 cadre 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.

Règlement intérieur :

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

Fiche sanitaire de liaison

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

Vaccination

COPIE DU CARNET DE VACCINATION A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

Renseignements médicaux :

• Taille : Poids :

• 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 / Traitement médical :

En cas de spécificité de santé (allergie, asthme, traitement, maladie chronique etc...) il est obligatoire de produire un Protocole d'accueil (rédigé par un médecin).

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)

.....

.....

.....