

**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 :* 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

**ALSH 11 - 17 ans**



**Dossier d'inscription  
Séjours Jeunesse**



**L'enfant**

Nom : .....

Prénom : .....

Garçon

Fille

Adresse : .....

.....

Date de naissance : ...../...../..... Tel portable : / / / /

**Père-Mère-Tuteur**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Tel Portable : .....

Tel Domicile : .....

Tel Pro : .....

Email : .....

.....

**Père-Mère-Tuteur**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Tel Portable : .....

Tel Domicile : .....

Tel Pro : .....

Email : .....

.....

*Réservé services SPL :* Saisi ICAP .....

Quotient Familial .....

Verif FS  APS 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 services intercommunaux dans le cadre des espaces jeunes (nécessaire pour un accueil même éventuel)

Et 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)

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