

Personnes autorisées à récupérer l'enfant en cas d'absence des Parents

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

☎ :

Signature :

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

☎ :

Signature :

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

☎ :

Signature :

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

☎ :

Signature :

Signature du responsable légal(e) :

(PS : Fournir la photocopie d'une pièce d'identité de chacune des personnes autorisées lors de la restitution du dossier)

Autorisations Parentales

Je soussigné(e) M., Mme
responsable de l'enfant

Autorise N'autorise pas,

mon enfant, à participer à l'ensemble des activités et sorties
proposées par la CLE et à utiliser les moyens de transports en commun (minibus, bus, train,
voitures particulières, ...).

Autorise N'autorise pas,

mon enfant, à être transporté(e) à la clinique ou à l'hôpital en
cas de besoin et à laisser pratiquer sur mon enfant toutes interventions médicales et/ou
chirurgicales que son état nécessiterait en cas d'urgence mais aussi de pouvoir être récupéré
par l'équipe éducative de la CLE à la sortie d'une éventuelle hospitalisation .

Autorise N'autorise pas,

mon enfant, à quitter la CLE SEUL après la fin des activités.

Autorise N'autorise pas,

mon enfant, à être pris en photo ou filmé, seul ou en groupe,
dans le cadre d'une activité, et accepte que la photographie ou la vidéo de mon enfant
puisse être diffusée dans les médias à des fins non commerciales.

Nous vous rappelons que votre responsabilité civile et pénale est engagée si votre enfant se
comporte de manière dangereuse et délictuelle. La CLE ne peut en aucun cas être tenu
responsable. Enfin je dégage la CLE de toute responsabilité en cas de vol ou de perte
d'objets personnels (vêtements, bijoux, portables, etc...)

Signature du responsable légal(e) : (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Modalités d'inscription et de fonctionnement

Je soussigné(e) M., Mme , responsable légal(e) de
l'enfant....., atteste avoir pris connaissance des modalités
d'inscription et de fonctionnement de l'accueil de loisirs la CLE, et accepte pleinement les termes et
conditions du règlement intérieur.

Fait à Le

Signature du responsable légal(e) : (précédée de la mention « lu et approuvé »)



Association Culture Loisirs Education

Rue J. Macé – BP 60342 - Offemont - 90006 BELFORT CEDEX

☎ : 03.84.90.15.24 – fax : 03.84.90.14.18

✉ : lacledoffemont@gmail.com / lacledoffemont.alsh@gmail.com

Dossier d'inscription ALSH 2024

2 11 ans

NOM de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance : Age : ans

Lieu de Naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Ecole : Classe :

Les Parents

Situation Familiale : Célibataire – Mariés – Séparés – Divorcés – Vie Maritale – Autre :

Responsable Légal(e) : Père Mère Tuteur (trice)

Le Père (ou tuteur)

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Profession :

🏠 Domicile :

📶 Portable :

Email :

N° SS :

Allocataire :

N° Allocataire :

Assurance :

N° de Sociétaire :

La Mère (ou tutrice)

Nom de Jeune Fille :

NOM :

Prénom :

(Si adresse différente du Père, veuillez indiquer votre adresse)

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Profession :

🏠 Domicile :

📶 Portable :

Email :

N° SS :

Allocataire :

N° Allocataire :

Assurance :

N° de Sociétaire :

Inscriptions Accueils Périscolaires (16h15 - 19h00)

Inscription Permanente :

Lundi 16h15/30 Mardi 16h15/30 Jeudi 16h15/30 Vendredi 16h15/30

17h15 17h15 17h15 17h15

Inscription Occasionnelle : inscription 24h à l'avance au 03.84.90.15.24

Inscriptions Mercredi (09h00 - 12h00 / 13h30 - 17h00) et Vacances Scolaires

Les inscriptions du mercredi (matin et/ou après-midi) se font directement sur place.

Pour des sorties spécifiques (voir affichage devant chaque salle) : inscription et paiement obligatoires auprès des animateurs concernés au moins 2 jours avant la sortie concernée. (En dessous de 5 enfants inscrits, la sortie sera automatiquement annulée)

Pour participer aux activités des vacances scolaires, il faudra s'inscrire durant les périodes d'inscriptions obligatoires auprès de l'équipe de direction. Elles seront communiquées soit par affichage soit par mail. (Les inscriptions hors périodes d'inscriptions ou durant les vacances entraîneront automatiquement une majoration)

Pièces à joindre

- Dossier d'inscription + fiche sanitaire entièrement rempli avec photo (à coller sur la 1^{re} page),
- Cotisation annuelle (5€ pour un enfant ou 10€ cotisation familiale (2 enfants et plus))
- Attestation d'assurance responsabilité civile,
- Attestation d'Aides aux Temps Libres (ATL),
- Les 2 règlements intérieurs signés,
- Certificat Médical en cas de Contre-Indication à une activité particulière.

Certificat médical présenté : Oui Non

Situations particulières, Allergies, problèmes et antécédents médicaux à signaler :

.....

.....

.....

.....

.....

.....



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (information nécessaire en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).
Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MEDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non
.....
.....
.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant
difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

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

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 :
NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :
.....
TEL DOMICILE TEL TRAVAIL
TEL PORTABLE :

Responsable N°2 :
NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :
.....
TEL DOMICILE TEL TRAVAIL
TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :