

Inscription pour Accueil de Loisirs Sans Hébergement :

- Périscolaire
 TAP
 Mercredi après-midi
 Vacances scolaires

ENFANT :

Nom : Prénom :
 Date de naissance : Sexe :
 École et classe :
 Assurance (Nom et N° de contrat) :
 N° de sécurité sociale :

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT :

Parent 1

Parent 2

Nom :
 Prénom :
 Situation familiale :
 Adresse :

 Tél fixe :
 Portable :
 Mail :
 Profession :
 Employeur :
 Tél travail :
 Numéro Allocataire CAF ou MSA :

Nom :
 Prénom :
 Situation familiale :
 Adresse :

 Tél fixe :
 Portable :
 Mail :
 Profession :
 Employeur :
 Tél travail :

AUTORISATIONS DIVERSES

Je soussigné(e)responsable légal de l'enfant

- Autorise mon enfant à rentrer seul,

ou

- Autorise les personnes ci-dessous (personne majeure, ou sur autorisation parentale manuscrite) à prendre en charge mon enfant après l'accueil de loisirs (Périscolaire, TAP, et Vacances) :

Nom	Prénom	Lien de parenté	Tél
.....
.....
.....

- Autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport pour les déplacements liés aux activités,

- Autorise la diffusion de photos et vidéos de mon enfant dans le cadre des animations et de la communication de l'association Péri'Jeunesse et de la ville de Périgny,

- Autorise le directeur de l'ALSH à présenter l'enfant à un médecin et autorise le médecin le cas échéant à prendre toutes les mesures nécessaires, en cas d'urgence médicalement justifiée par l'état de l'enfant.

REGIME DE PRESTATIONS FAMILIALES

Afin de calculer votre quotient familial, veuillez nous fournir une attestation CAF avec votre quotient actuel ou votre avis d'imposition 2016 (pour les familles non MSA)

Une **adhésion annuelle** par enfant vous sera demandée **lors de votre 1ère utilisation** des services ALSH périscolaire, mercredi après-midi et vacances scolaires.

	1er enf	2e enf	3e enf	+
Périgny, St Rogatien	12,00 €	8,00 €	4,00 €	0,00 €
Communes extérieures	17,00 €	13,00 €	9,00 €	0,00 €

INFORMATIONS MEDICALES

Médecin traitant : 

VACCINS	DATE DERNIER RAPPEL	Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes : <input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/> Coqueluche <input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Angine <input type="checkbox"/> Rhumatismes articulaires
DTCP (Infanrix, Pentacoq, Pentavac)		
ROR (ROR Vax, Priorix)		
HEPATITE (Engérix, HB, Vax DNA)		

Allergies (alimentaires, asthme, médicamenteuse, etc...) et conduite à tenir :

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

Autres difficultés de santé de l'enfant recommandations utiles (port de lunettes, prothèses auditives, etc..) et activités proscrites :

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

Merci de bien renseigner votre adresse mail, en vue de recevoir les feuilles d'inscription, les factures, les attestations d'impôts, les informations sur les différents services de Péri'Jeunesse

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur des TAP et en avoir informé mon enfant qui s'engage à le respecter.

Date :

Signature :

