

N° DOSSIER : .....

Date de remise du dossier :



FICHE INSCRIPTION ALSH DE PAQUES du 06/04/2021 au 16/04/2021



**RENSEIGNEMENT ENFANT**

fille

garçon

Nom : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : .....

N° allocataire CAF (si utilisation de l'ATL) : .....

Nationalité : .....

**SECTEUR D'INSCRIPTION**

Lieu d'accueil des centres pour les enfants de 6 à 13 ans

- Centre ville            Ecole Solange HULIC
- Saint-Maurice            Ecole Joseph SYMPHORIEN
- Sables blancs            Ecole Jacques VOYER

Horaire : de 08h00 à 17h00. Fermeture de l'accueil des enfants à 08h30. Les parents doivent récupérer leurs enfants à **17h 15 au plus tard.**

**Veillez respecter ces horaires s'il vous plait.**

Je souhaite inscrire mon enfant aux activités de l'ALSH de pâques 2021 et m'engage à verser la somme de 99€ pour la période du 06/04/2021 au 16/04/2021 ( 9 jours)

- Je joins un chèque
- Je paye en espèces
- Je fournis mon attestation ATL ( doc.CAF)

Fait à Saint Laurent du Maroni, le ...../...../.....

Signature(s) du (des) parent(s) :

**RESPONSABLE LEGAL 1** Père Mère Tuteur.trice

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Portable : ..... Téléphone : .....

Adresse e-mail : .....

Profession : ..... Tél travail : .....

**RESPONSABLE LEGAL 2** Père Mère Tuteur.trice

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Portable : ..... Téléphone : .....

Adresse e-mail : .....

Profession : ..... Tél travail : .....

**PERSONNE À PREVENIR EN CAS D'URGENCE**

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Portable : ..... Téléphone : .....

**AUTORISATION DE SORTIE :**

Mon enfant ..... Est autorisé(e) à partir de la structure.

OUI NON 

Dans ce cas, l'organisation décline toute responsabilité en cas d'accident en dehors du lieu d'accueil.

Dans ce cas, les responsables légaux de l'enfant doivent venir récupérer (ou autoriser une personne à récupérer) l'enfant avant la fermeture de l'accueil.



## PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Portable : ..... Téléphone : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Portable : ..... Téléphone : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Portable : ..... Téléphone : .....

**Attention la personne doit se munir d'une pièce d'identité.**

## DROIT À L'IMAGE

J'autorise l'équipe périscolaire de la ville à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités pratiquées lors des accueils de loisirs :

*Utilisation dans le cadre d'une activité pédagogique au périscolaire, exposition de photographies ou de vidéos dans le cadre des activités pédagogique ; publication sur le site internet de la ville de Saint Laurent du Maroni.*

OUI

NON

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui concerne notre enfant est garanti. Nous pourrions donc à tout moment vérifier l'usage qui en fait et nous disposons du droit de retrait de cette image si nous le jugeons utile.

Je (nous) certifie (certifions) sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements donnés dans ce dossier et m'engage (nous engageons) à informer immédiatement les responsables en cas de changement.

Fait à Saint Laurent du Maroni, le ...../...../.....

Signature(s) de(s) parent(s) :



Ville de Saint-Laurent du Maroni  
Séves de Guyane

### Enfant

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Ecole : .....

Lieu périscolaire : .....

Groupe : .....

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ?    oui             non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente ainsi que 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 pris sans ordonnance. !**

### L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>ZICA</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>CHIKUNGUNYA</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>DINGUE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>PALUDISME</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>TEIGNE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>GALE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>RUBÉOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

**Joindre la copie des vaccinations (à jour)**

Votre enfant a-t-il des allergies ?     oui             non

Précisez-la (les) cause(s) et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....  
.....

Les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsives, hospitalisation, opération) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.



## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il :

- Des lunettes  oui  non
- Des prothèses auditives  oui  non
- Des prothèses dentaires  oui  non
  
- Autres .....

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom, prénom : .....

Adresse (pendant le séjour) .....

Portable : ..... Tél travail : .....

Nom et tél du médecin traitant (facultatif) .....

Je soussigné(e) ..... responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ...../...../.....

Signature :

