

## DOSSIER D'INSCRIPTION ALSH

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

### Pièces à joindre au dossier

- Certificat d'assurance : **les responsables légaux des mineurs sont informés de leur intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquels ils participent : « responsabilité civile » et « garantie individuelle accident » couvrant les risques en accueil de loisirs.**
- Autorisation de prise de photos
- Projet d'Accueil Individualisé (PAI) si enfant concerné

En signant ce document, vous consentez à ce que la commune de Beautiran traite vos données personnelles recueillies au sein de ce formulaire. Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées par les services administratifs de la commune de Beautiran dans un logiciel dédié pour la gestion des inscriptions et la facturation des services périscolaires. Ces données sont conservées pendant la scolarité de l'enfant. Conformément au règlement UE 2016-679 du 27 avril 2016, vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification, à l'effacement, à la limitation, à la portabilité, ainsi qu'à l'opposition en contactant la commune de Beautiran ([contact@mairie-beautiran.fr](mailto:contact@mairie-beautiran.fr)).



## Fiche individuelle

Prénom :

Nom :

Sexe :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

### Informations médicales

Nom du médecin :

Téléphone du médecin :

Projet d'accueil individualisé :

### Assurance

Compagnie d'assurance :

Numéro de police :

### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Prénom	Nom	Lien de parenté	Téléphone	Mobile

### Informations complémentaires

Autorise à partir seul	oui	non
Autorise l'hospitalisation en cas d'urgence	oui	non
Autorise la participation aux sorties	oui	non
Port de lunettes	oui	non
Port d'un appareil dentaire	oui	non
Port d'un appareil auditif	oui	non

### Pratiques alimentaires

Type de régime	Commentaires

## Données complémentaires


Date et signature

## Fiche de la famille

### Responsable

Civilité : Prénom : Nom :

#### Situation

Qualité\* : Situation familiale\*\* :

\* Père / Mère / Belle-mère / Beau-père /

\* Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

#### Adresse

Adresse :

Code postal : Ville :

#### Coordonnées

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Téléphone mobile :

#### Profession

Profession :

Employeur : Adresse :

#### Organismes Tiers

N° CAF : N° MSA : Régime\* :

\* Régime agricole / Régime général / Hors régime général

### Conjoint

Civilité : Prénom : Nom :

#### Situation

Qualité\* : Situation familiale\*\* :

\* Père / Mère / Belle-mère / Beau-père /

\* Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

## Adresse

Adresse :

Code postal :

Ville :

## Coordonnées

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Téléphone mobile :

## Profession

Profession :

Employeur :

Adresse :

## Données complémentaires

Date et signatures

<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	<p style="margin: 0;">1 - ENFANT</p> <p style="margin: 0;">NOM :</p> <p style="margin: 0;">PRÉNOM :</p> <p style="margin: 0;">DATE DE NAISSANCE :</p> <p style="margin: 0;">GARÇON <input type="checkbox"/>      FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	---

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

**2 - VACCINATIONS** ( se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

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

<b>RUBÉOLE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>VARICELLE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>ANGINE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>SCARLATINE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>COQUELUCHE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>OTITE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>ROUGEOLE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>OREILLONS</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

ALLERGIES : ASTHME      oui     non       MÉDICAMENTEUSES    oui     non   
 ALIMENTAIRES    oui     non       AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

---

INDIQUEZ CI-APRÈS :  
 LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE)

---



---



---

---

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ :

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

 NON  OCCASIONNELLEMENT  OUI 

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

 NON  OUI 

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) : \_\_\_\_\_

---

Numéros de téléphone :

Mère : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare

exactes les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après hospitalisation.

N° de sécurité sociale \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATION DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

---

---

---

OBSERVATIONS

---

---

---

---





# Demande d'autorisations

Année 201 / 201

## Utilisation des photographies des enfants

**Nous sollicitons votre autorisation pour que votre enfant puisse figurer sur des photos qui paraîtront sur les supports municipaux de communication (Beautiran Infos, publications municipales, site Internet de la ville...).**

Ces photographies ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages.

*Conformément au règlement UE 2016-679 du 27 avril 2016, vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification, à l'effacement, à la limitation, à la portabilité, ainsi qu'à l'opposition en contactant la commune de Beautiran (contact@mairie-beautiran.fr).*

**Nom de l'enfant :** ..... **Prénom :** .....

**Classe** : .....

*Je soussigné(e) ..... , père – mère - tuteur légal de l'enfant,*

Autorise la Mairie de Beautiran à diffuser une photo de mon enfant sur les supports municipaux de communication (magazines, site Internet de la ville...)

N'autorise par la Mairie de Beautiran à diffuser la photographie de mon enfant

**Date :** ..... **Signature des deux parents :**