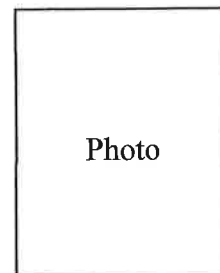




Dossier Famille

A.L.P/A.L.E Année 2017-2018

Primaire Maternelle Pré-ados



Nom et Prénom de l'enfant :

Remplir en majuscule

Né(e) le :

Ecole/Collège : Classe :

Adresse :

.....

N° tél. domicile :

Mère : { Nom Prénom : N° Portable:.....
Adresse mail : N° Tél Travail :

Père : { Nom Prénom : N° Portable:.....
Adresse mail : N° Tél Travail :

N° Portable de l'adolescent :

Mail de l'adolescent :

Remarques particulières (garde alternée...) :
.....

Autorisation du droit à l'image : Oui Non
Repas spécifique : Végétarien Autre préciser.....

Coordonnées d'une autre personne à prévenir en cas d'urgence et autorisées à récupérer l'enfant :

Nom/Prénom : Lien de parenté : Tél :

Nom/Prénom : Lien de parenté : Tél :

Nom/Prénom : Lien de parenté : Tél :

Nom/Prénom : Lien de parenté : Tél :

Une pièce d'identité devra obligatoirement être présentée aux animateurs.

Renseignements administratifs :

N° d'allocataire CAF ou MSA :

Régime des prestations sociales des parents (CPAM, MSA, caisse maritime...)

Documents à fournir :

Dernier avis d'imposition, copies des vaccins, déductions : CAF, CHU, COSC, SANOFI

Possibilités de paiements : CESU, Chèques Vacances

Tarif journée en ALE/ALP :

A remplir par l'administration :

Revenu fiscal de référence 2017 : **Revenu fiscal de référence 2018 :**

Prix journée avec repas : Prix ½ journée : Prix journée avec repas : Prix ½ journée :

Prix du repas : 3.35 euro Prix du repas : 3.35 euro

Déductions : Déductions :

+ Hors Pignan : 2 euro + Hors Pignan : 2 euro

Total : Total :



Autorisations

Je soussigné Mme, M.....

responsable légal de l'enfant.....autorise mon enfant :

AUTORISATION PARENTALE

A participer à l'ensemble des activités organisées dans le cadre de l'A.L. E, A.L.P, y compris aux pique-niques et sorties.

AUTORISATION DE SORTIE APRES LES ANIMATIONS

Laisse ne laisse pas mon enfant rentrer seul après les activités du centre à 11h45 et 17h

Laisse ne laisse pas mon enfant rentrer seul après la garderie à 18h.
(Cocher votre choix)

AUTORISATION MEDICALE

Autorise le directeur/rice de l'A.L. P, A.L.E à appeler un médecin ou faire hospitaliser mon enfant si nécessaire.

Je m'engage auprès de la Mairie à rembourser tous les frais médicaux avancés pour faire soigner mon enfant.

En contrepartie, la Mairie me remettra les feuilles de soins donnés.

A.....

Le.....

Signature du responsable légal
pour l'ensemble des autorisations



**PLANNING DES INSCRIPTIONS AUX ALE
PRE-ADOS, MATERNEL ET PRIMAIRE**

Accueils de loisirs des mercredis et des vacances scolaires

Périodes	* Dates d'inscriptions
ANNEE 2017	
Les mercredis de septembre à décembre	A partir du mercredi 30/08/2017
Vacances d'automne Du 23/10 au 03/11	A partir du mercredi 04/10/2017 jusqu'au 11/10/2017
Vacances de Noël Du 26/12 au 05/01	A partir du mercredi 06/12/2017 jusqu'au 13/12/2017
ANNEE 2018	
Les mercredis de janvier à juillet	A partir du mercredi 06/12/2017 jusqu'au 13/12/2017
Vacances d'hiver Du 19/02 au 02/03	A partir du mercredi 31/01/2018 jusqu'au 07/02/2018
Vacances de printemps Du 16/04 au 27/04	A partir du mercredi 28/03/2018 jusqu'au 04/04/2018
Vacances d'été du 09/07 au 31/08	A partir du mercredi 20/06/2018 jusqu'au 27/06/2018
Fermeture du 06 au 17 août et fermeture de prérentrée du 23 au 31/08	
Rentrée scolaire 2018/2019 le 03/09	A partir du 29/08/2018
SOUS RESERVE DE CHANGEMENT	

* LES INSCRIPTIONS se font dans les locaux de l' ALP/ ALE de chaque structure aux horaires suivants :

7h30 à 8h45 pendant le temps scolaire et de 17h à 18h30 tous les mercredis pour les mercredis de l'année et aux mêmes horaires pour les petites et grandes vacances scolaires. **Règlement à l'inscription, obligatoire.**



1 - ENFANT

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

DATES ET LIÉU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMURIR 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	DATES DES DERNIERS RAPPELS		VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non		
Diphthérie			Hépatite B	
Tétanos			Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite			Coqueluche	
Ou DT polio			Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				
BCG				

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 LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ		SCARLATINE	
			OUI	NON	OUI	NON
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS			
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

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, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :..... BUREAU :.....

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

Je soussigné,.....responsable légal 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) rendues nécessaires par l'état de
l'enfant.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS