

Photo identité  
enfant

NOM et Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

# Dossier inscription

ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT

## ALSH Montpellier

- ALSH De Gaulle - Jaurès
- ALSH Florian - Simon
- ALSH Ferry - Teresa
- ALSH Mozart - Morisot
- ALSH Goethe - Langevin

## ALSH Communes extérieures

- ALSH Jacou
- ALSH Vendargues



Association Vacances Evasion

Immeuble Jacques Cartier

394 rue Léon Blum

34 000 - MONTPELLIER

Tel : 04.99.13.71.10

Fax : 04.99.13.71.11

Mail : info@vaceva.com

[www.vaceva.com](http://www.vaceva.com)



# Fiche de renseignements

## ENFANT

NOM et Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Classe actuelle :

Ecole actuelle :

Sexe : M/F

Régime alimentaire :  Standard  Sans porc  Sans viande  Végétarien  PAI\* (\*fournir copie PAI)

Tarification cantine\* : .....

(\*justificatif Presto obligatoire, le cas échéant, le tarif maximum sera appliqué et aucune rétroactivité ne sera possible)

## RESPONSABLE LEGAL 1

NOM et Prénom :

Adresse postale :

Tél. portable :

E-mail pour le portail familles :

Profession :

Tél. travail :

Numéro allocataire CAF :

Protection sociale :  RG  MSA

# Fiche de renseignements

## RESPONSABLE LEGAL 2

NOM et Prénom :

Adresse postale :

Tél. portable :

E-mail :

Profession :

Tél. travail :

Numéro allocataire CAF : .....

Protection sociale :  RG  MSA

## CONTACTS AUTORISES (Autres que les parents)

NOM PRENOM	Lien de parenté	Téléphone	REC (*)	URG (*)

\*REC : Pouvant venir récupérer l'enfant

\*URG : A prévenir en cas d'urgences si absence des parents

# Fiche sanitaire de liaison

**Nom et prénom de l'enfant :** .....

## **VACCINATIONS**

**Joindre obligatoirement la copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations\*, copie du carnet de vaccinations, ou attestation d'un médecin obligation vaccinale**

Article R3111-8 du code de la santé publique \*Si à la lecture du carnet de santé les informations ne permettent pas de vérifier que le schéma vaccinal obligatoire de votre enfant est bien à jour, en tant qu'organisateur de l'accueil de loisirs de Vacances Evasion, l'équipe de direction est en droit de vous demander une attestation du médecin (attestation d'un schéma vaccinal complet)

## **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

**Médecin traitant :** .....

**Téléphone :** .....

L'enfant porte t'il des prothèses auditives, des lentilles, des prothèses dentaires : .....

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : Coqueluche  Oreillons  Rougeole

Rubéole  Scarlatine  Varicelle

L'enfant a t'il fréquemment : Angine  Otite  Rhumatisme  Asthme

Allergies : Oui  Non  Si oui, précisez : .....

L'enfant est-il en situation d'handicap : Oui  Non

*A t'il une reconnaissance MDPH ? Notre service inclusion est à votre disposition pour préparer l'accueil de votre enfant.*

L'enfant suit-il un traitement médical : Oui  Non

*Si oui, joindre une ordonnance récent et les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et autorisation écrite du responsable légal.*

# Autorisations

- En cas d'urgence, faire hospitaliser mon enfant au centre hospitalier le plus proche et faire pratiquer les soins, examens et interventions nécessaires : Oui  Non
- Transporter mon enfant par les transports en commun, sous la surveillance d'un animateur, afin de pratiquer toutes activités organisées : Oui  Non
- A utiliser des photos et vidéos prises dans le cadre des activités organisées pour une stricte utilisation sur les supports de communication de notre structure : Oui  Non

Je soussigné(e), .....  
responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

L'inscription de votre enfant au sein de notre accueil de loisirs implique l'adhésion pleine et entière de la famille au règlement intérieur.

En confirmant l'inscription, les responsables légaux reconnaissent avoir pris connaissance du règlement intérieur et s'engagent à en respecter l'ensemble des dispositions. Aucun aménagement ou dérogation aux règles établies (notamment concernant les remboursements, avoirs, absences ou modalités de fonctionnement en autres) ne pourra être accordé.

Date :

Signature :