



INSCRIPTION ANNEE 2022

SERVICE JEUNESSE MUNICIPAL DE MONTARNAUD

ACCUEIL DE LOISIRS ADOLESCENTS

Nom du jeune : Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

Tél : Mobile : Mobile ado :

Email : Email ado :

N° d'assuré social : Allocataire C.A.F : Oui Non N° :

Régime d'appartenance : Général M.S.A Autre :

Profession du parent 1 : Profession du parent 2 :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)

Nom : Prénom : (Père, Mère, Tuteur,

responsable légal) Autorise mon enfant : Nom : Prénom

À participer aux activités proposées par l'ALSH Ados de Montarnaud. J'autorise les animateurs à prendre toutes les dispositions nécessaires dans le cas où un accident surviendrait.

À quitter l'ALSH tout seul. : Oui Non

À effectuer des déplacements avec les animateurs en transport collectif (Bus, minibus...)

Reconnait avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement Adolescents et m'engage à en accepter les termes.

Signature :

Tarif annuel

◆ Accueil de loisirs sans hébergement :

Ressources mensuelles	n°1 1070€	N°2 Entre 1070€ et 3 400€	N°3 3400€ et plus
Inscription annuelle	0,30€	0,70€	1€

Je soussigné(e) :certifie que les revenus mensuels du foyer en 2020 correspondent aux ressources : n°

→ Joindre avis d'imposition de l'année 2021

Date :

Signature :

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné/e Madame, Monsieur, Mère, Père, Tuteur,

Autorise/nt les animateurs du service jeunesse de la commune de Montarnaud à utiliser, dans le cadre pédagogique (expo, photos, vidéos) des photos et/ou vidéos de mon enfant, prises au cours des activités de l'ALSH ados durant l'année civile 2021.

Refuse/nt que la structure utilise les photos de mon enfant.

Fait à Le

Signature du responsable légal 1 :

Signature du responsable légal 2 :



Ville de Montarnaud

FICHE SANITAIRE DE LIAISON – ALSH – ADOS

ANNEE 2022



Cette fiche permet de recueillir les informations et renseignements médicaux obligatoires à l'accueil de votre enfant.

I - ENFANT

NOM : PRENOM :

Date de naissance :/...../..... SEXE : GARCON FILLE

Nombre de frères et sœurs / âges :

N° d'assuré social :

II - RESPONSABLES DE L'ENFANT

Nom et prénom du **parent 1** :

Adresse :

Tel Domicile : Tel Portable :

Email : Profession :

Nom et prénom du **parent 2** :

Adresse :

Tel Domicile : Tel Portable :

Email : Profession :

NB : l'utilisation de votre adresse mail se limitera à un usage interne (envoi des programmes d'animations, facturations, informations concernant la vie de la structure, etc.).

Autres personnes pouvant être contactées par l'ALSH :

Nom prénom : _____

Téléphone N°1 : _____ Téléphone N°2 : _____

Autorisé(e) à récupérer l'enfant

A prévenir en cas d'urgence si parents injoignables

III. VACCINATIONS : JOINDRE LA COPIE DES VACCINATIONS

Remplir cette rubrique à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL
Diphthérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT Polio			
Ou Tétracoq			
BCG			

SI VOTRE ENFANT N'AS PAS RECU DE VACCINS OBLIGATOIRES : JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

IV. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'ENFANT A-T-IL CONTRACTÉ L'UNE DES MALADIES SUIVANTES (cocher la case correspondante) :

Rubéole	Varicelle	Angines	Rhumatismes	Scarlatine	Coqueluche/Oreillons	Otites	Asthme	Rougeole

V. ALLERGIES (ALIMENTAIRES, MÉDICAMENTEUSES, AUTRES...) :

L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES CONNUES ? OUI NON

Si oui, lesquelles ? (alimentaires, médicamenteuses, autres, ...)

.....

Quels sont les signes indiquant une réaction allergique ?

.....

Précisez la nature de l'allergie (toucher ; ingestion ; inhalation) et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....

L'enfant dispose-t-il d'un P.A.I ? OUI (**Joindre P.A.I**) NON

L'enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ? Végétarien Sans Porc AUTRE :

.....

VI. ANTECEDANTS MÉDICAUX :

Indiquez ci-après les difficultés de santé de l'enfant (maladies, accidents, crise convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations) en précisant les précautions à prendre (ex : Numéro du médecin traitant) :

L'enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ? OUI NON

L'enfant présente-t-il des contre-indications médicales à la pratique d'activité sportive émanant du médecin ?

.....

Nom et Coordonnées du médecin traitant :

.....

L'enfant suit actuellement un traitement : OUI NON

N'oubliez pas de joindre l'ordonnance du médecin. Les médicaments doivent être dans leurs emballages d'origine.

Je soussigné, responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure ados à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

DATE ET SIGNATURE