

**FICHE D'INSCRIPTION  
ALSH DU MERCREDI 2023-2024**

Photo  
d'identité  
obligatoire

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

Date de naissance : .....

Afin de respecter le conventionnement avec la Caisse d'Allocations Familiales de Haute-Loire et la Mutualité Sociale Agricole de Haute-Loire, merci d'indiquer si vous relevez :

CAF : **Joindre l'attestation récente du quotient familial.**

Numéro d'allocataire CAF si vous percevez des prestations familiales : .....

MSA : **Joindre l'attestation récente du quotient familial.**

A défaut de ces documents, joindre le dernier avis d'imposition de la famille.

**RESPONSABLES DE L'ENFANT**

Nom : ..... Nom : .....

Prénom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... Adresse : .....

Père     Mère     Responsable légal     Père     Mère     Responsable légal

{ ..... { .....

■ ..... ■ .....

@..... @.....

**PERSONNES AUTORISEES A REPREDRE L'ENFANT**

Nom et prénom : ..... Nom et prénom : .....

{ ..... { .....

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'IMPOSSIBILITE DE JOINDRE LES RESPONSABLES  
DE L'ENFANT**

Nom et prénom : ..... Nom et prénom : .....

Adresse : ..... Adresse : .....

{ ..... { .....



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

<b>Enfant :</b>	<input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance :
Nom :	Prénom :	
Adresse :		

## Accueil :

### Accueil de loisirs périscolaire

## I - Vaccinations :

**Joindre obligatoirement la copie de la page de vaccinations du carnet de santé ou à défaut un certificat de contre-indication du ou des vaccins.**

## II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant l'ALSH ?  oui  non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

**Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Scarlatine</b>	<b>Coqueluche</b>
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

Allergies : médicamenteuses  oui  non      asthme  oui  non  
alimentaires  oui  non      autres  oui  non

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

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

## III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.. ?

**IV - Responsable légal de l'enfant :**

Nom :

Prénom :

Adresse pendant l'ALSH :

Tél. domicile :

travail :

portable :

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 de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :

**Joindre obligatoirement la copie de l'attestation d'assurance extrascolaire.**

**AUTORISATION DE SORTIE**

J'autorise

Je n'autorise pas

mon enfant à quitter le centre seul à l'issue de chaque temps d'accueil, quelle que soit la période et décharge l'organisateur de toute responsabilité en cas d'accident et d'incidents pouvant survenir sur le trajet du retour

**AUTORISATION PARENTALE POUR L'USAGE DE PHOTOGRAPHIES  
DANS LE CADRE D'UN ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS**

**PARTIE A REMPLIR PAR L'ORGANISATEUR**

Nom et adresse de l'organisateur : Communauté de communes des Rives du Haut-Allier  
6 Place André Roux – B.P. 10  
43300 Langeac  
Tél : 04-71-77-26-51

L'organisateur susnommé vous demande l'autorisation d'utiliser des photographies de votre enfant prises au cours de l'ALSH.

Ces photographies pourront être diffusées :

- dans les journaux communautaires (le Mag, l'Agenda)
- sur le site internet communautaire (Les légendes des photos ne comporteront pas de renseignements susceptibles d'identifier précisément l'enfant),
- sur la page Facebook de la communauté de communes des rives du Haut-Allier
- sur la page Facebook de l'animateur ados de la communauté de communes (Julien promeneur du net)
- en illustration d'articles de quotidiens régionaux.

Conformément à la loi, le libre accès aux données qui vous concernent est garanti. Vous pouvez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et disposer du droit de retrait de ces données si vous le jugez utile.

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

**PARTIE A REMPLIR PAR LES TUTEURS LEGAUX**

Nous, soussignés (1) ..... et .....

Père - mère - tuteurs légaux (2) de l'enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

- Déclarons autoriser la Communauté de Communes des Rives du Haut-Allier désignée ci-dessus à utiliser les photographies de notre enfant dans le cadre précis décrit ci-dessus uniquement.
- Déclarons refuser que notre enfant soit photographié dans le cadre de l'ALSH.

Date : ..... Signature

(1) : Indiquer le nom des deux parents ou tuteurs légaux

(2) : Rayer les mentions inutiles



Communauté de communes  
des rives du Haut-Allier

6 place André Roux  
BP 10 - 43300 Langeac  
Courriel : [cc@rivesduhautallier.fr](mailto:cc@rivesduhautallier.fr)  
Siège de Langeac : 04 71 77 26 51

Antenne de Paulhaguet : 04 71 76 98 68  
Antenne de Saugues : 04 71 76 94 95  
Antenne de Lavoûte-Chilhac : 04 71 77 43 80



Retrouvez toute l'actualité de votre  
communauté de communes sur Facebook :  
[www.facebook.com/rivesHautAllier](http://www.facebook.com/rivesHautAllier)