

DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS



ANNEE SCOLAIRE 2020 / 2021

**ALAE / ALSH
MUNICIPAL**



☎ 05.63.27.64.47 ✉ capsdecouverte@netcourrier.com

Enfant

Nom		Prénom	
------------	--	---------------	--

Date de naissance : /...../.....

Section : PS - MS - GS - CP - CE1 - CE2 - CM1 - CM2

Parents

	Parent 1	Parent 2
Nom		
Prénom		
Tel domicile		
Tel portable		
Tel professionnel		
E-mail		

Adresse principale
.....

Code postal :

Ville :

Employeur Parent 1 :

Employeur Parent 2 :

Adresse :

Adresse :

N° de sécurité sociale :

N° allocataire CAF :

(Obligatoire pour tarification au quotient familial. Dans le cas contraire, le quotient le plus haut sera appliqué)

ALAE (ou ALSH)

Horaires d'accueil

Matin : 7h30/8h50 - Pause méridienne : 12h/13h30 - soir 16h/18h30

Mercredi : 7h30/8h35

ALAE matin	OUI		NON		Occasionnellement	
ALAE soir	OUI		NON		Occasionnellement	

MERCREDIS

TRES IMPORTANT

Tous les mercredis, votre enfant a la possibilité de :

- Manger à l'école (même tarif)
- Rester jusqu'à 14 h (prix d'une séquence ALAE)
- Participer aux activités animées par l'équipe pédagogique de l'ALAE jusqu'à 18h 30 maximum et 16h30 minimum. (prix de l'après-midi ALAE/ALSH).

Pour cela, vous devez impérativement inscrire votre enfant auprès de l'ALAE :

Le lundi soir qui précède, dernier délai.

Ceci, afin de permettre au Directeur, à la Directrice, de prévoir l'encadrement et les repas nécessaires.

Document recto/verso

PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES A RESPECTER

Votre enfant est-il soumis à des restrictions alimentaires ? (alimentation sans porc uniquement)
Si oui, précisez :

Votre enfant doit-il suivre un régime alimentaire ? (si oui, fournir un **Protocole d'Accueil Individualisé**, document: à se procurer auprès des directrices d'école) **OUI** **NON**

Autres précisions :

PIÈCES A FOURNIR

- Photocopie de l'attestation de sécurité sociale
- Photocopie de l'assurance scolaire et **extra-scolaire**
- N° d'allocataire C.A.F si vous avez droit aux prestations familiales
- Photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé

(Merci de glisser ces 4 documents à l'intérieur du dossier destiné au Centre de Loisirs uniquement.)

Pour la sécurité de vos enfants et pour l'organisation du Service, veuillez nous informer en cas de changements ou modifications des éléments renseignés ci-dessus.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Enfant

Nom		Prénom	
------------	--	---------------	--

Date de naissance : /...../.....

Garçon Fille

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LES HEURES, JOURNEES OU SEJOURS DE L'ENFANT AU CENTRE DE LOISIRS MUNICIPAL.

– **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé et joindre les photocopies des pages vaccinations de l'enfant)

D.T.P. ou Tétravac ou Pentavac ou Hexavac : Votre enfant doit avoir eu 4 injections depuis sa naissance **OUI** **NON**

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

– **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** de longue durée? **OUI** **NON**

Si oui, joindre le **Protocole d'Accueil Individualisé** avec **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 administré sans ordonnance.

Attention, aucun médicament ne peut être donné par l'école ou le Centre de Loisirs en cas de traitement de courte durée.

ALLERGIES ASTHME **OUI** **NON** **MÉDICAMENTEUSE** **OUI** **NON**
ALIMENTAIRE **OUI** **NON** AUTRES.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIES, ACCIDENTS, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

.....
.....
.....

– **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

L'ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES PROTHESES AUDITIVES, DENTAIRE, ETC... PRECISEZ.

.....
.....
.....

NOM DU MEDECIN TRAITANT..... TEL.....

Je soussigné responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du Centre de Loisirs Municipal à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

AUTORISATIONS PARENTALES

☎ 05.63.27.64.47

✉ capsdecouverte@netcourrier.com

Enfant

Nom		Prénom		Classe	
------------	--	---------------	--	---------------	--

Autres personnes autorisées à venir chercher mon enfant (tuteurs en priorité)

NOM/PRÉNOM	QUALITÉ (grands-parents, ami, voisin,...)	N° téléphone

Je soussigné(e), Monsieur Madame ,
responsable de l'enfant ,

DÉCLARE avoir pris connaissance des conditions d'accès à l'**Accueil de Loisirs Associé**

à l'**École** et à l'**Accueil de Loisirs Sans Hébergement** ainsi que son règlement intérieur (disponible sur le site de la Mairie de Fabas), les approuver dans leur intégralité et autorise mon enfant à participer aux différentes activités (manuelles, aquatiques, sorties...) proposées par l'équipe d'animation.

autorise la Mairie de Fabas à utiliser sur les supports de communication municipaux (le journal municipal, le site internet de la commune, photothèque), les photos de groupe prises au cours des accueils de loisirs et périscolaires, sur lesquelles mon enfant apparaîtrait.

OUI NON (cocher)

A....., le.....

Signature du représentant légal:

Selon les nouvelles modalités administratives, les factures seront envoyées par e-mail.

Merci de renseigner clairement, ci-dessous votre adresse courriel de façon à nous permettre de vous transférer les documents administratifs relatifs à votre (vos) enfants.

Courriel :@.....

Le RPI de Canals/Fabas travaille en partenariat financier avec la CAF du Tarn et Garonne.