

BULLETIN D'INSCRIPTION ALPS



L'ENFANT

NOM / Prénom

Fille

Garçon

Date de naissance

Sections / Cours

N° d'allocataire CAF

Adresse postale

ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRE ⁽¹⁾

⁽¹⁾ veuillez cocher cette case si vous pensez avoir besoin de ce service, même occasionnellement.

RESTAURANT SCOLAIRE LUNDI - MARDI - JEUDI - VENDREDI

REPRESENTANT(S) LEGAL(AUX)

NOM / Prénom

Lien de parenté

Téléphone

Autorité parentale ⁽²⁾

Oui Non

NOM / Prénom

Lien de parenté

Téléphone

⁽²⁾ Si non, fournir la décision judiciaire.

Oui Non

AUTORISATION PARENTALE - TRANSFERT DE RESPONSABILITE

Je soussigné représentant légal de l'enfant autorise les)personnes (**majeur de préférence**) ci-dessous à récupérer mon enfant de l'ALPS.

1 - NOM - Prénom / Téléphone

2 - NOM - Prénom / Téléphone

3 - NOM - Prénom / Téléphone

4 - NOM - Prénom / Téléphone

5 - NOM - Prénom / Téléphone

6 - NOM - Prénom / Téléphone

FACTURATION

Indiquer ci-dessous les coordonnées postales pour la facturation des prestations de l'ALPS et l'adresse mail de référence pour cet envoi.

NOM / Prénom

Adresse postale

Adresse m@il

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ALPS et en accepter les termes . J'autorise l'utilisation de l'image de mon enfant lors des temps périscolaires de l'ALPS.
J'atteste qu'il dispose d'une assurance couvrant les dommages auxquels il peut être exposé. Je déclare exacts les renseignements portés sur ce bulletin et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Observation

Date

NOM / Prénom du représentant légal

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

NOM / Prénom

Date de naissance

VACCINATION

La vaccination est obligatoire pour l'entrée en accueil de mineur. Pour les nouvelles inscriptions à l'ALPS joindre par numérisation à sports.mairie@xonrupt.fr ou par MMS au 0608861068 :

- Une copie du carnet de santé de concernant les vaccins obligatoires.

Si l'enfant n'a pas les vaccinations obligatoires fournir une attestation médicale de contre indication reconnue.

L'ENFANT FAIT-IL L'OBJET D'UN PAI ?

OUI

NON

- Si oui, sous qu'elle adaptation :

L'ENFANT EST-IL EN SITUATION DE HANDICAP ?

OUI

NON

- Si oui, qu'elle est la situation :

L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL ?

OUI

NON

- Si oui, lequel :

En cas de traitement médicamenteux pour une pathologie chronique ou aiguë joindre impérativement :

- L'ordonnance avec les conditions et les modalités d'administration des médicaments.
- Les médicaments correspondants dans leurs emballages d'origine marqués du nom de l'enfant.
- Une attestation parentale donnant accord pour administrer le traitement.

Aucun traitement médicamenteux ne pourra être donné sans le respect de ces obligations.

ALLERGIES

AUCUNE

ALIMENTAIRES

MEDICAMENTEUSES

ASTHME

AUTRES

- En cas d'allergie préciser l'allergène et la conduite à tenir :

DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation...)

- Préciser les précautions à prendre :

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire . J'autorise le personnel de l'ALPS à prendre , le cas échéant , les mesures d'urgences rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date

NOM / Prénom du représentant légal