



Centre socioculturel « A la Croisée Des Autres »

3 Rue Pierre de Coubertin

15130 YTRAC - 04 71 46 83 00

alcentresocialytrac@laposte.net

FICHE D'INSCRIPTION A.L.S.H - ANNÉE 2020-2021

ENFANT :

Nom :

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

Prénom :

Nationalité :

Sexe : Féminin Masculin

École :

PARENTS :

Parent 1 :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Profession :

Employeur :

Tél travail :

Tél fixe :

Tél portable :

Mail :

Situation familiale (avec parent 2) :

Concubin(e)

Célibataire

Marié(e)

Pacsé(e)

Séparé(e)

Veuf(ve)

Vie maritale

Parent 2 :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Profession :

Employeur :

Tél travail :

Tél fixe :

Tél portable :

Mail :

Situation familiale (avec parent 1) :

Concubin(e)

Célibataire

Marié(e)

Pacsé(e)

Séparé(e)

Veuf(ve)

Vie maritale

RÉGIME ALLOCATAIRE : CAF MSA

Numéro allocataire CAF : Quotient familial (Q.F) : €

ou numéro allocataire MSA (n° de sécurité sociale) : QF : €

AUTORISATIONS :

AUTORISATIONS	OUI	NON
Photo / Image (plaquettes, site internet,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transport en car	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalisation en cas d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rentrer seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délivrer des médicaments (sur présentation d'une ordonnance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTORISATIONS POUR RÉCUPÉRER VOTRE ENFANT APRÈS L'A.L.S.H. (autre que les parents) :

NOM Prénom	TÉLÉPHONE	LIEN DE PARENTÉ	AUTORISÉE	INTERDITE *
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Si « personne interdite » : fournir décision judiciaire.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

FOURNIR UNE PHOTOCOPIE DES VACCINS

Nom du médecin traitant : Dr..... N° de téléphone :

- Allergies : OUI NON

Si oui : - À quoi ?

- Conduite à tenir :

.....

- Traitement : OUI NON (Si oui, fournir une ordonnance avec les médicaments).

- Autres problèmes de santé (fragilité, lunettes, maux de dos, handicap, yoyos dans les oreilles...) :

.....

- Contre-indication à une activité sportive : OUI NON

Si oui : À quoi ?

REPAS SPÉCIAUX :

OUI NON

Si oui : Repas sans porc Végétarien Autres

Lu et approuvé le

Signature