



# FICHE D'INSCRIPTION

Accueil de loisirs de la Vallée d'Ossau

Année (civile) : .....

## Enfant

Nom : Prénom :  
Date de naissance : Age : Classe en janvier :  
Etablissement scolaire/spécialisé + Lieu :  
Votre enfant est-il en situation de handicap ?  Oui  Non

## Représentants

*Nom inscrit sur la facture*

**Responsable légal 1 : Tiers Payeur**

Lien avec l'enfant :

Nom :

Prénom :

Lieu et date de naissance :

Adresse :

Profession :

Lieu :

Téléphone pro :

Portable perso :

Mail :

**Responsable légal 2 : Tiers Solidaire**

Lien avec l'enfant :

Nom :

Prénom :

Lieu et date de naissance :

Adresse :

Profession :

Lieu :

Téléphone pro :

Portable perso :

Mail :

## Renseignements

Votre enfant est-il nageur :  Oui  Non  
Autorisez vous la baignade :  Oui  Non  
J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs (uniquement à partir du CP) :  
 Non  Oui :  à 11h30  à 17h00

## Assurances - Responsabilités

Je déclare que mon enfant a une assurance responsabilité individuelle accident pour les activités extra-scolaires :

Compagnie d'assurance : .....

N° de contrat : .....

*En cas d'urgence l'enfant accidenté sera transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté.*

## Droits à l'image

Sous réserve de préserver l'intimité de sa vie privée:

- J'autorise l'équipe d'animation à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités organisées :  Oui  Non
- J'autorise la Communauté de communes de la Vallée d'Ossau à diffuser ces prises de vues sur ses supports de communication (site internet, Facebook,...) :  Oui  Non

## Aides

Votre revenu familial mensuel est compris entre :

0 € et 895 €

896 € et 1092 €

1093 € et 1294 €

1295 € et 1933 €

1400 € et plus

Etes-vous allocataire CAF :  Oui  Non

Si oui N° allocataire : .....

Etes-vous allocataire MSA :  Oui  Non

Si oui N° allocataire : .....

***Rappel : Sans justificatif ou attestation de droit aucune aide ne sera accordée***

Je soussigné(e)..... certifie l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus et m'engage à signaler tout changement.

Signatures des responsables :

Fait à.....

Le...../...../.....

***Ce document est à remettre obligatoirement accompagné de la photocopie des vaccinations***



ALSH de la CCVO  
alsh@cc-ossau.fr  
05 59 05 66 77

## FICHE SANITAIRE ALSH

Communauté de communes de la Vallée d'Ossau

Cette fiche est à remplir soigneusement. Elle sera confiée aux responsables de l'accueil de loisirs auquel l'enfant participe, et permettra de répondre efficacement et rapidement aux questions médicales en cas de nécessité.

### ENFANT

NOM : ..... PRENOM : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

GARCON  FILLE

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX SUR L'ENFANT

Indiquer si votre enfant à des difficultés de santé, exemple (Maladie, accident, opération, rééducation...)

.....  
.....

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement :  NON  OUI

Préciser : .....

L'enfant fait-il l'objet d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) :  NON  OUI

Préciser : .....

Si PAI, fournir une photocopie obligatoirement et prendre RDV avec la direction.

### VACCINATIONS

<b>Fournir impérativement la photocopie des vaccins obligatoires</b>	<b>DATE</b>
Diphtérie-tétanos-Poliomyélite	
Coqueluche	
Haemophilus Influenzae de type B (HIB)	
Hépatite B	
Pneumocoque	
Méningocoque C	
Rougeole-Oreillons-Rubéoles	

## ALLERGIE

Alimentaire :  NON  OUI Préciser : .....

Asthme :  NON  OUI Préciser : .....

Médicamenteuse :  NON  OUI Préciser : .....

Autres :  NON  OUI Préciser : .....

Régime alimentaire : .....

## RENSEIGNEMENTS

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires... :

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

A-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDDH) :

NON  OUI

Autres informations qui vous semblent utile de nous communiquer :

.....

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse : .....

Téléphone fixe : ..... Portable : .....

Nom du Médecin traitant : ..... Téléphone : .....

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

Date :

Signature :