



A L S H Municipal Ville de Corte

Pièces à fournir lors de l'inscription

- Photocopie du carnet de santé (vaccins)
- Photocopie du livret de famille
- Certificat médical ci-joint
- Attestation d'assurance extrascolaire
- Numéro d'allocataire CAF
- Document d'aide aux temps libre CAF
- Avis d'imposition pour les personnes relevant du régime MSA
- Justificatif de domicile (facture récente)
- Photo d'identité

Pour toutes informations

Service administratif : 04.95.46.00.46
Ecole maternelle Porette : 04.95.46.18.98
Portable : 06.17.34.51.64



FICHE D'INSCRIPTION ALSH Municipal

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Date et lieu de naissance.....

.....

Sait nager :

N° Allocataire CAF :

Adresse Mail :

Médecin de l'enfant :

N° de Tel :

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom, Prénom, N° Tel :

.....

Nom, Prénom, N° Tel :

.....

AUTORISATIONS

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom, Prénom, N° Tel :

.....

Nom, Prénom, N° Tel :

.....

Nom, Prénom, N° Tel :

.....

Déplacements :

J'autorise mon enfant
à se déplacer pour les sorties prévues par l'accueil de loisirs en car, en train.

Médiatisation :

J'autorise mon enfant
à être pris en photos dans le cadre des activités de l'ALSH et autorise leur diffusion sur Corse Matin ou sur tout autre médias.

Ses autorisations sont valables sur tout le temps de fréquentation à l'ALSH.

Date :

Signature :

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Aptitude à :

- La vie en collectivité.
- La pratique d'activités en accueil de loisirs sans hébergement.
- La pratique de sport (natation, randonnée équestre, pédestre, ...).
- La découverte de l'environnement.

Je soussigné(e),

Dr , Docteur en médecine, certifie après

avoir examiné ce jour l'enfant

que son état de santé ne présente aucune contre indication à la pratique d'activités sportives, ludiques, culturelles et de loisirs.

Recommandations particulière :

Certificat établi pour servir et faire valoir ce que de droit.

Cachet et signature du médecin :

ALSH Municipal

Ecole Sandreschi – Rue Colonel Feracci – 20250- Corte

Tel : 09.63.26.71.95

www.corte-mairie.f



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :
GARÇON [] FILLE []

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

GETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 4 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, DT Polio, Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, and Autres (préciser).

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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui [] non []
Si oui, joindre 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 pris sans ordonnance

L'ENFANT A T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, COQUELUCHE, ALLERGIES (ASTHME, ALIMENTAIRES), VARICELLE, OTITE, ANGINE, ROUGEOLE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, OREILLONS, SCARLATINE, MÉDICAMENTEUSES, AUTRES.

ALLERGIES : ASTHME [] MÉDICAMENTEUSES [] AUTRES []

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :
LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

Vertical lines for recording health difficulties and precautions.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

Vertical lines for parental recommendations.

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____
ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : [] DE LA CMU [] D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%
Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné,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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

Vertical lines for center coordinator information.