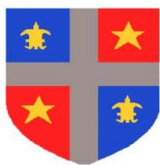


MAIRIE CORTE



ALSH MUNICIPAL

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 :

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

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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 ?

RUBÉOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		SCARLATINE	
OUI ☐	NON ☐	OUI ☐	NON ☐	OUI ☐	NON ☐	OUI ☐	NON ☐	OUI ☐	NON ☐
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS			
OUI ☐	NON ☐	OUI ☐	NON ☐	OUI ☐	NON ☐	OUI ☐	NON ☐		
ALLERGIES :		ASTHME		oui ☐ non ☐		MÉDICAMENTEUSES		oui ☐ non ☐	
		ALIMENTAIRES		oui ☐ non ☐		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.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

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