



## Liste des pièces à fournir pour l'inscription au centre de loisirs

### Centre Social et Culturel l'Aiguier

Rue du Parc

84240 La Tour d'Aigues

 : 04.90.07.23.00

 : [accueilaiguier@gmail.com](mailto:accueilaiguier@gmail.com)

 : [www.centre-social-aiguier.com](http://www.centre-social-aiguier.com)

### Mairie de MIRABEAU

8 rue de la Mairie  
84120 Mirabeau

 : 04 90 77 00 04

\* Photocopie Carnet de vaccinations de l'enfant (vaccins à jour)

\* Attestation d'Assurance en responsabilité civile

\* Attestation de sécurité sociale sur laquelle figure l'enfant

\* Attestation CAF à jour ou dernier avis d'imposition

\* Fiche sanitaire de liaison (fournie dans le dossier)

\* Autorisations (fournies dans le dossier)

\* Talon du règlement intérieur de l'ALSH avec signature

\* P.A.I : Projet d'accueil individualisé à fournir en cas d'allergie(s)

*Tous les ans au mois de septembre, ces mêmes documents seront demandés afin de mettre à jour le dossier.*

*L'inscription d'un enfant aux activités de l'accueil de loisirs n'est possible que lorsque son dossier est complet et le règlement effectué.*

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e).....

Responsable légal de l'enfant (nom, prénom) .....

- Autorise mon enfant à participer aux activités et sorties proposées par le centre de loisirs.
  - Autorise les animateurs à le transporter au cas échéant sur les différents lieux d'activités.
  - Autorise mon enfant à quitter seul le centre de loisirs à partir de 17h (pour les 9/13 ans)
  - Autorise le Directeur (en cas d'urgence si les parents ne sont pas joignables) à faire appel aux services d'urgence (pompiers, SAMU ,SMUR, gendarmerie..) qui prendrons en charge l'enfant.
  - Autorise le Centre Social à diffuser les photos de mon enfant prises dans le cadre des activités pour illustrer des articles de presse ou des expositions.
  - Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. (Remettre à l'accueil le papillon détachable du règlement intérieur signé par les deux responsables)
- Votre enfant sait il nager sans brassards  avec brassards

Fait à ..... le : .....

**Signature :**

Mon enfant utilisera le transport mis en place par la commune de St Paul lès durance



Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Responsable légal 1 :

nom/prénom :

Adresse :

Ville :

Téléphone maison :

Portable :

Travail :

Adresse mail :

Responsable légal 2 :

nom/prénom :

Adresse :

Ville :

Téléphone maison :

Portable :

Travail :

Adresse mail :

Autre personne à prévenir en cas d'accident :

Nom/Prénom :

Téléphone :

Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant à la sortie des activités

Nom/Prénom :

Téléphone :

Régime de Sécurité sociale du responsable légal qui couvre l'enfant :

Régime général N° :

MSA N° :

Autre :

Assurance Responsabilité Civile : (Joindre la photocopie de l'attestation d'assurance)

Nom de la Cie d'Assurance :

Votre n° de contrat d'assurance :

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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

## Renseignements médicaux concernant l'enfant :

Lunettes  Oui      Prothèses auditives  Oui

L'enfant présente-t-il des allergies ?

Allergies respiratoires :  Non       Oui Lesquelles ? :

Allergies alimentaires :  Non       Oui Quel(s) aliment(s) ? :

Autres allergies :  Oui Précisez :

(Précisez les symptômes en cas d'allergie importante.)

P.A.I  Il sera demandé un Projet d'Accueil Individualisé et l'ordonnance du médecin avec le protocole d'administration pour la prise de médicaments. Ces documents sont indispensables à l'accueil de l'enfant en collectivité.

Présente-t-il des contre indications à la pratique d'activités physiques ? :  Oui       Non

Si oui, lesquelles ? (Joindre un certificat médical en cas de contre-indications).

Présente-t-il un handicap particulier ?       Oui       Non

Si oui, lequel ?

### Remarques particulières :

Si besoin, indiquez ci-dessous avec précision, les autres difficultés de santé, de comportement ou de communication de l'enfant (suivi spécialisé, protocole d'intégration scolaire avec ou sans AVS ...) ou toutes autres recommandations utiles. Merci.

Nom du Médecin de famille : Dr

Tél. :

Ville :

Vaccinations : (fournir une photocopie du carnet de vaccinations)

Vaccinations	Date :
Diphthérie/Tétanos/ Poliomyélite (DT Polio)	