



❖ ACCUEIL DE LOISIRS (ALSH) DES DEUX ALPES (enfants scolarisés de 6 à 14 ans, mercredis et vacances scolaires)

Familles Oisans et Vacanciers Du 01/09/2018 au 31/08/2019



NOM ET PRENOM DU/DES ENFANTS du foyer :

- 1 :Né(e) le .../...../..... M F **Classe :** ___ non scolarisé
2 :Né(e) le .../...../..... M F **Classe :** ___ non scolarisé
3 :Né(e) le .../...../..... M F **Classe :** ___ non scolarisé
4 :Né(e) le .../...../..... M F **Classe :** ___ non scolarisé
5 :Né(e) le .../...../..... M F **Classe :** ___ non scolarisé

Liste des pièces à présenter lors du dépôt du dossier :

- Le ou les livrets de famille complet(s),
- Pièces d'identités des parents,

Pièces à fournir lors de la constitution du dossier : (les copies sont à la charge de la famille)

- Pour chaque enfant :** la fiche sanitaire de liaison,
- Pour chaque enfant:** la copie des pages du carnet de vaccination,
- Pour le (les) enfant(s) concerné(s) :** En les allergies et/ou PAI un certificat médical datant de moins de trois mois,
- Pour chaque enfant:** L'attestation d'assurance responsabilité civile et accident corporel de l'année scolaire 2018-2019
- Un certificat médical de non-contre indication aux pratiques sportives datant de moins de trois mois

Uniquement pour les familles du territoire de l'Oisans

- Un justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture EDF, GDF, Eau ou téléphone fixe)
- Le numéro d'allocataire de la Caisse d'Allocations Familiales de l'ISERE
En l'absence de celui-ci fournir l'avis d'imposition 2017 du ménage.

Situation de la cellule familiale :

Adresse principale des enfants (adresse de facturation)

N° _____ RUE _____

CP _____ Ville _____

@Email (pour envoi des factures): _____



Responsables légaux des enfants vivant à l'adresse ci-dessus :

Qualité : Maman - Papa - Autre : _____

Qualité : Maman - Papa - Autre : _____

Nom marital : _____

Nom de jeune fille _____

Prénom : _____

Nom marital : _____

Nom de jeune fille _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Date de naissance : ____/____/____

Portable : ____/____/____/____/____

@Email : _____

Portable : ____/____/____/____/____

@Email : _____

N° de Sécurité Sociale:

Profession :

Nom et adresse de l'employeur:

N° de Sécurité Sociale:

Profession:

Nom et adresse de l'employeur:

Téléphone bureau:

Téléphone bureau:

Cocher cette case si vous ne souhaitez pas recevoir les informations municipales par e-mail

Cocher cette case si vous ne souhaitez pas recevoir les informations municipales par e-mail

Célibataire Marié(e) Union libre PACSE(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf/veuve

Famille recomposée : OUI NON

En cas de séparation, veuillez préciser qui a la garde de l'enfant :

La Mère Le Père Autre _____

Autre responsable de ou des enfant(s)

(Père ou mère ne vivant pas au foyer, tuteur légal)

Qualité : Maman - Papa - Autre : _____

Nom : _____

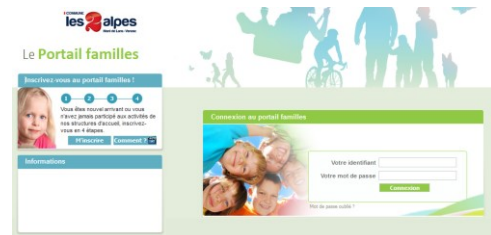
Prénom : _____

Adresse : _____

Date de naissance : ____/____/____

Portable : ____/____/____/____/____

@Email : _____



En cas d'hospitalisation

En cas de maladie ou d'accident, vous autorisez le responsable de la structure où est accueilli votre enfant à faire appel aux secours médicaux d'urgence qui transporteront votre enfant au Centre Hospitalier le plus proche.

Si votre enfant est suivi dans un Centre Hospitalier particulier, merci de compléter ci-après :

Nom de l'établissement: _____



Une fiche sanitaire de liaison est à remplir par enfant.



Personnes à contacter en cas d'urgence et habilités à récupérer mon/mes enfants

Cochez votre/vos choix

	(Autres que responsables légaux) Une pièce d'identité leur sera demandée		
Nom	Prénom	Lien de parenté avec l'enfant	Téléphone
<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 10px;"></div> <div> <p>Le service de gendarmerie de la commune sera interpellé si les parents ou tiers responsables de l'enfant restent injoignables pour récupérer leur(s) enfant(s) au delà d'une heure de la fermeture de la structure.</p> <p style="text-align: center;">De plus, l'heure dépassée sera facturée à la famille.</p> </div> </div>			

Autorisations parentales

		J'autorise
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mon enfant à participer à toutes les activités organisées par l'accueil de loisirs, et à emprunter tous les moyens de transport (bus, navettes, télécabine) pour se rendre sur les lieux des activités. (si non, veuillez garder l'enfant à la maison ces jours-là)
		Le directeur ou responsables du service et/ou du/ des site(s) concerné(s) à prendre toutes les mesures sanitaires nécessaires en cas d'urgence vitale, à savoir : transfert pour hospitalisation, intervention du SAMU, intervention d'un médecin autre que le médecin traitant si celui-ci reste injoignable, et ce, dans le cas où je ne peux être présent (e) ou joignable immédiatement.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La commune des Deux Alpes à utiliser les photographies ou vidéos de mon enfant dans le cadre d'opérations de communication et d'information (bulletin et site municipal, « Facebook » de la Ville, presse, ...) conformément à la réglementation au droit de l'image (article 9 du code civil) et décharge de toutes responsabilités la commune de toutes utilisations autres que municipales,

Mon /mes enfant(s) à rentrer seul (s)				
Nom Prénom de l'enfant	Accueil de Loisirs 6 à 12 ans Bonhomme de Neige	Si <input checked="" type="checkbox"/> OUI UNE AUTROSISATION SPECIFIQUE est à remplir auprès de la direction de l'ALSH		
		Cochez votre choix		
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> A 12h	<input type="checkbox"/> A 14h00	<input type="checkbox"/> A 18h00
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> A 12h	<input type="checkbox"/> A 14h00	<input type="checkbox"/> A 18h00
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> A 12h	<input type="checkbox"/> A 14h00	<input type="checkbox"/> A 18h00
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> A 12h	<input type="checkbox"/> A 14h00	<input type="checkbox"/> A 18h00
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> A 12h	<input type="checkbox"/> A 14h00	<input type="checkbox"/> A 18h00

La Mairie des Deux Alpes degage toute responsabilite sur le trajet de l'enfant apres sa sortie de l'ALSH.

**Consultation du site Internet de la CAF (CAFPRO) -
Uniquement pour les familles du territoire de l'Oisans**



- J'accepte que la mairie des Deux Alpes accede à mon compte CAF
- Je n'accepte pas que la mairie des Deux Alpes accede à mon compte CAF

Nom et prénom de l'allocataire : Numéro Allocataire à la CAF de L'ISERE: _____

Dans le cas où l'espace Familles ne pourrait pas consulter mes ressources via le service télématique CAFPRO, je m'engage à fournir mon avis d'imposition. Pour les couples non mariés, merci de fournir les 2 avis d'imposition. Si ces justificatifs ne sont pas fournis, le tarif maximal sera appliqué.

Cadre reserve à administration		
Avis d'imposition	RFR : Revenu fiscal de référence	QF CAF : quotient familial caf
2017		

Nom(s) et prénom(s) du ou des représentant(s) légal(aux) _____
 déclare(nt) exacts les renseignements inscrits sur le dossier «FAMILLE », avoir fourni la fiche sanitaire de liaison et atteste(nt) avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ALSH et s'engage(nt) à le respecter et à le faire appliquer à mon enfant.

A..... le Signature du/des représentant(s) légal/légaux)



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.**

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui non		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				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 ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

 NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

 NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare

exacts les renseignements portés sur la fiche et autorise le responsable de l'accueil, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signatur



Coupon à retourner
avec le dossier
FAMILLE



RÈGLEMENT INTÉRIEUR
ALSH Le Bonhomme de Neige

MAIRIE DES DEUX ALPES

Je soussigné(e), responsable légal de

Nom

*Prénom

Nom

*Prénom

Nom

*Prénom

Nom

*Prénom

Certifie avoir lu et accepté le présent règlement intérieur de l'ALSH de la mairie des Deux Alpes.

Date :

Signature (précédé de la mention manuscrite « *lu et approuvé* »)

Signature du/des enfant(s) :