



Dossier d'Adhérent 2017/2018

ALSH

ACCUEIL JEUNE

ATELIER

**A
D
H
E
R
E
N
T**

Nom : Prénom :

Sexe : Date de naissance :/...../..... Enfant (- 18 ans) Adulte

Nationalité:..... Ecole fréquentée:..... Classe:.....

Adresse de résidence:.....

Code postal:..... Ville:.....

Adresse du père Adresse de la mère Autre:.....

Adresse de facturation (si différente de celle de l'Adhérent):

.....

Téléphone fixe: Portable:/.....

Mail (**vivement conseillé**):.....

**P
A
R
E
N
T
S**

Situation de famille des parents (pour les moins de 18ans)

Mariés Pacés Séparés Divorcés Union libre Veuf(ve)

Père de l'adhérent

Nom:..... Prénom:.....

Profession : Tel travail:.....

Employeur :

Tel portable:

Mère de l'adhérent

Nom:..... Prénom:.....

Profession : Tel travail:.....

Employeur :

Tel portable:

N° Responsabilité civile: Nom et Adresse de la compagnie:.....

Autorisations (à compléter obligatoirement)

J'autorise la prise et la diffusion de photographies de mon enfant dans le cadre des activités d'AILAN pour les usages suivants: exposition, presse locale, site internet de l'association

Oui Non

Informations Administratives

CAF MSA AUTRE
NUMERO et nom de l'allocataire couvrant l'adhérent :

Quotient familial : Date d'effet:.....

Même si vous ne bénéficiez pas de prestation actuellement, vous avez automatiquement une aide de la CAF pour les Accueils de Loisirs

MERCI DE PRECISER VOTRE NUMERO ALLOCATAIRE

Aide aux devoirs (collégiens 6ème et 5ème)
Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Merci de régler l'adhésion 2017/2018 par chèque (A PART)
7 € pour les -de 16ans et 12 € pour les + de 16 ans

Inscription pour les Accueils de Loisirs des Mercredis 2017/2018

A l'année (positionnement sur l'année entière) A la journée Repas avec AILAN: Oui Non

(Entourez vos dates d'inscription)

Sept				Oct			Novembre				Déc			Janvier				Fév		Mars			Avril		Mai				Juin						
6	13	20	27	4	11	18	8	15	22	29	6	13	20	10	17	24	31	7	28	7	14	21	28	4	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4/07

Je soussigné (e) M, Mme..... /responsable légal de l'enfant.....

♦ **Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et des conditions de participation de l'AILAN**

♦ **Déclare exacts les renseignements portés dans ce dossier d'adhésion**

♦ **Autorise le responsable du séjour, à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, intervention chirurgicale, hospitalisation..) rendues nécessaire par l'état de l'adhérent.**

Date: Signature, précédée de la mention " lu et approuvé "

NOM:

PRENOM:

Né(e) le:

TEL EN CAS D'URGENCE:...../.....
N°SECURITE SOCIALE QUI COUVRE L'ENFANT:.....
NOM ET NUMERO DU MEDECIN TRAITANT:.....

Nous vous rappelons que ces informations sont confidentielles mais nécessaires au bien-être de votre enfant puisqu'elles nous permettent de mieux le connaître.
NOUS VOUS DEMANDONS DE NE RIEN NEGLIGER

Vaccinations / Allergies / Traitement médical / Infos

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI NON		DATES DES RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES	ALLERGIES	OUI NON		CAUSE DE L'ALLERGIE
Diphtérie				Hépatite B		Alimentaires			
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole		Médicamenteuses			
Poliomyélite				Coqueluche		Asthme			
Ou DT polio				BCG		Autres			
Ou Tétracoq				Autres (préciser)					

Précisez la conduite à tenir en cas d'allergie :.....
Régime alimentaire particulier:.....

L'enfant suit-il un **traitement médical**? oui non Date et durée du traitement:.....

Si Traitement, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants
(Médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice et remis au responsable de l'ALSH)

Difficultés de santé et recommandations:

Indiquez les difficultés de santé (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre:.....
 Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires.... Précisez:
 Certains événements familiaux ont pu bouleverser votre enfant (décès, divorce, agression..) et ont des conséquences sur son comportement:.....

Personnes habilitées à venir le chercher (autre que les parents)

NOM et Prénom : Lien de parenté : Tél. :
 NOM et Prénom : Lien de parenté : Tél. :
 NOM et Prénom : Lien de parenté : Tél. :
J'autorise mon enfant à quitter seul l'Ailan à partir de heures (min 10 ans) et à rentrer par ses propres moyens.
 J'autorise Mr ou Mme a venir chercher mon enfant les mercredis à l'ALSH deH..... et le ramener àH..... pour qu'il puisse pratiquer son activité : situé à
Par conséquent, AILAN décline toute responsabilité pendant les horaires précisés ci-dessus.

Je soussigné (e) M, Mme..... responsable légal de l'enfant,
 • Déclare exacts les renseignements portés sur cette FICHE SANITAIRE

Date: Signature, précédée de la mention " lu et approuvé "