



DOSSIER D'INSCRIPTION A.L.S.H.

Nom, Prénom de l'enfant
Date de naissance Sexe
Activité sportive pratiquée Nom du club

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT : père - mère - tuteur (rayer la mention inutile)

Père :
Nom, Prénom
Adresse
CV + Ville
N° tél personnel
N° sécurité sociale
Profession du père
Employeur
N° de tél

Mère :
Nom, Prénom
Adresse
CP + Ville
N° de tél personnel
N° de sécurité sociale
Profession de la mère
Employeur
N° de tél

N° allocataire CAF
Situation familiale

PÉDIBUS

Pédibus école : [] Dukas [] Kérinou [] Langevin (cocher la case)
Classe fréquentée

RÉGIME ALIMENTAIRE

[] Classique ou Spécifique : [] Sans porc [] Sans viande

Je soussigné, responsable de l'enfant

- [] Certifie exact les renseignements portés sur cette fiche.
[] Autorise les responsables du centre de loisirs à le faire soigner et à l'hospitaliser en cas d'urgence.
[] Autorise la publication sur le site du P.L.L. Des photos de mon enfant.
[] Autorise mon enfant à rentrer seul après l'activité de l'A.L.S.H. (entre 17h00 et 18h00).
(cocher les cases si accord)

Brest, le

Signature

A REMPLIR PAR LE SERVICE

Table with 4 columns: Remarques particulières, Vaccins, Certificat médical, Dossier d'inscription

1 - FACTURATION

Si les parents sont séparés, merci de préciser si l'adresse de facturation est différente :

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

VACCINS OBLIGATOIRES	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
DT Polio		Coqueluche	
Tétracoq / BCG		Autres (à préciser)	

Nom du médecin traitant :

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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.

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)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Les **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, port de lentilles, de lunettes, de prothèses) en précisant les dates et les **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

L'enfant a-t-il une attestation **MDPH** ? oui non

5 - SI IMPOSSIBILITÉ DE JOINDRE LES PARENTS, À QUI CONFIER L'ENFANT ?

Nom Prénom

Adresse

Tél

Nous demandons aux parents de prévenir les animateurs lorsqu'une tierce personne vient prendre les enfants au centre et de signer une décharge.