

Nom de l'enfant : .....

Prénom : ..... Nom de l'assurance scolaire : .....

Adresse : ..... N° de contrat : .....

..... Date et Lieu de naissance : .....

Ecole Jean Macé (cochez) :  Autre : ..... N° allocataire CAF : .....

Classe et N° : ..... Autre caisse d'allocations : .....

Cochez vos réponses :

Inscription au CLAE le matin	OUI		NON	Demi-pensionnaire	OUI		NON
Inscription au CLAE le soir	OUI		NON	Atelier étude	OUI		NON

### 1/ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE DE L'ENFANT(1)

~ Situation des parents : **MARIÉS**    **PACSÉS**    **CONCUBINS**    **SÉPARÉS**    **CELIBATAIRE**    **DIVORCÉS**    **VEUF (VE)**

~ Responsable(s) légal (aux) :    **MÈRE et PERE**    **MÈRE SEULE**    **PÈRE SEUL**    **TUTEUR(S)**

~ En cas de divorce ou de séparation, qui est autorisé à venir récupérer l'enfant ? (2)    **PÈRE**    **MÈRE**    **PÈRE et MÈRE**

~ Une garde alternée a-t-elle été mise en place?    **OUI**    **NON**

#### REPRESENTANT LEGAL

**NOM** : ..... **Prénom** : .....

Lien avec l'enfant : .....

Adresse, si différente de celle de l'enfant : .....

.....

☛ Domicile : ..... ☛ Travail : ..... ☛ Portable : .....

Profession : ..... Employeur : .....

#### REPRESENTANT LEGAL

**NOM** : ..... **Prénom** : .....

Lien avec l'enfant : .....

Adresse, si différente de celle de l'enfant : .....

.....

☛ Domicile : ..... ☛ Travail : ..... ☛ Portable : .....

Profession : ..... Employeur : .....

#### FRATRIE

Nom et prénom	Date de naissance	Etablissement fréquenté	Commune	Classe

### 2/ PERSONNES MAJEURES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT (autres que les parents)

~ NOM : ..... Qualité : ..... ☛ : .....

~ NOM : ..... Qualité : ..... ☛ : .....

~ NOM : ..... Qualité : ..... ☛ : .....

**Sauf autorisation exceptionnelle, à retirer au bureau de l'ALEJM après accord du directeur, votre enfant ne pourra quitter seul le centre de loisirs ou être récupéré par un mineur.**

(1) : Veuillez barrer les mentions inutiles

(2) : Fournir obligatoirement une décision de justice si l'un des parents ne peut exercer ce droit

### 3/ PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS D'ACCIDENT (autres que les parents)

~ NOM : ..... Qualité : ..... t : .....

~ NOM : ..... Qualité : ..... t : .....

### 4/ MÉDECIN TRAITANT

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... t : .....

### 5/ RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX OBLIGATOIRES CONCERNANT L'ENFANT

~ L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

	OUI	NON		OUI	NON	Vaccins Obligatoires	OUI	NON	Date des derniers rappels
Rubéole			Rougeole			Diphtérie			
Varicelle			Scarlatine			Tétanos			
Coqueluche			Oreillons			Poliomyélite			
Angines			Asthme			Ou DT Polio			
Otites						Ou Tétracoq			
						BCG			

**ATTENTION : Aucun traitement médical ne sera administré sans ordonnance.**

#### → OBSERVATIONS :

~ Allergies attestées par un certificat médical : .....

~ Votre enfant fait-il l'objet d'un projet d'accueil individualisé (PAI) ?  OUI (fournir le document)  NON

~ Autres difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations) en précisant dates et/ou recommandations particulières et/ou indication sur régime alimentaire : .....

### 6/ DROIT A L'IMAGE ET LETTRES D'INFORMATION (cochez)

- J'autorise la direction du centre de loisirs à prendre des images de mon enfant (photos, vidéos) pour réaliser des expositions au sein de la structure.
- J'autorise la publication des photos et des vidéos sur lesquelles figure mon enfant (sans mention de son identité) sur le site alejm.org
- Je n'autorise aucune prise d'image de mon enfant.
- Je souhaite recevoir les informations de l'ALEJM (inscriptions vacances, service de restauration perturbé, décisions du conseil d'administration, événements festifs...) à cette adresse e-mail (lisiblement en MAJUSCULES svp) :

.....@.....

### 7/ AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e) ....., représentant légal de l'enfant ....., l'autorise à participer à toutes les activités du centre de loisirs et à utiliser les moyens de transports mis à sa disposition par l'organisateur. J'autorise également les responsables de l'ALEJM à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à ..... le .....  
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

#### Rappel des pièces à fournir :

- Attestation d'assurance : couvrant les activités péri et extra scolaires
- Vaccinations : pages vaccinations du carnet de santé ou certificat médical
- Photo