



# FORMULAIRE PRÉ-INSCRIPTION ALSH

## L'ENFANT

NOM : ..... SEXE : GARÇON  FILLE

PRÉNOMS : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... LIEU DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

COMMUNE DE SCOLARISATION : .....

## LA MÈRE

NOM : ..... PRÉNOM .....

NOM DE JEUNE FILLE : .....

ADRESSE (SI DIFFÉRENTE DE L'ENFANT) : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TÉL. DOMICILE : ..... TÉL. PORTABLE : .....

ADRESSE MAIL : .....

PROFESSION : ..... TÉL. TRAVAIL : .....

## LE PÈRE

NOM : ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (SI DIFFÉRENTE DE L'ENFANT) : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TÉL. DOMICILE : ..... TÉL. PORTABLE : .....

ADRESSE MAIL : .....

PROFESSION : ..... TÉL. TRAVAIL : .....

## SITUATION FAMILIALE

MARIÉS  VIE MARITALE OU PACS  DIVORCÉS  SÉPARÉS  VEUF(VE)  CÉLIBATAIRE\*

\*SI L'ENFANT N'EST PAS RECONNU PAR L'AUTRE PARENT

## AUTRE REPRÉSENTANT LÉGAL\*

PERSONNES PHYSIQUE  PERSONNE MORALE

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TÉL. DOMICILE : .....TÉL. PORTABLE : .....

ADRESSE MAIL : .....

PROFESSION : .....TÉL. TRAVAIL : .....

\*est considéré comme représentant légal : les parents (père ou mère ayant l'autorité parentale) ou adoptifs, une tierce personne ayant la délégation de l'autorité parentale (validée par le juge des affaires familiale (JAF) ou un tuteur désigné par le JAF.

## AUTRES INFORMATIONS

ALLOCATION (**joindre obligatoirement une attestation CAF ou MSA du quotient familial**)

NOM DE L'ALLOCATAIRE : .....NUMERO ALLOCATAIRE.....

ASSURANCE

NOM DE LA COMPAGNIE : .....NUMERO POLICE.....

AUTORISATIONS

PARTICIPER AUX SORTIES

PUBLIER DES PHOTOS

PERSONNES HABILTEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM	LIEN DE PARENTE	TEL. MOBILE	TEL. DOMICILE

DATE DE LA DEMANDE : ...../...../.....

### SIGNATURES

MÈRE

PÈRE

AUTRE REPRÉSENTANT LÉGAL





## DOSSIER FAMILLE - ANNEXE SANTÉ

### FICHE DE LIAISON COMPLÉMENTAIRE

À compléter par le médecin traitant, le pédiatre ou l'allergologue si pathologie particulière.

#### IDENTITÉ DE L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

Date de naissance : ...../...../.....

#### PATHOLOGIE

##### ALLERGIE ALIMENTAIRE :

oui  non

Allergène(s) retenu (s) : .....

Date de la dernière manifestation allergique : .....

Type de réaction clinique :

Eczéma

Choc anaphylactique

Urticaire localisé ou généralisé

Œdème de Quincke

Signes digestifs

Syndrome oral (prurit de la bouche, œdème labial)

##### AUTRE ALLERGIE :

oui  non

Allergène(s) retenu (s) : .....

Date de la dernière manifestation allergique : .....

Type de réaction clinique : .....

##### ASTHME :

oui  non

AUTRES : .....

#### TRAITEMENT (OU CONDUITE A TENIR) PENDANT LES TEMPS PERI OU EXTRA SCOLAIRES

##### Traitement permanent à la cantine :

oui  non

Si oui, lequel? (joindre impérativement l'ordonnance): .....

##### Protocole d'urgence préconisé :

oui  non

Si oui, lequel? (joindre impérativement le protocole): .....

##### Soins et surveillance pendant le temps de cantine :

oui  non

Si oui, description des signes cliniques à surveiller: .....

##### Un « panier repas » préparé par les parents est-il nécessaire ?

oui  non \*

\* Dans ce cas, aucune préconisation ou adaptation particulière ne sera apportée au menu de la cantine.

Nom du médecin : ..... Date : .....

Cachet : ..... Signature : .....