



# Dossier d'Adhérent 2018/2019

**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 (18/19):.....

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     Pacsés     Séparés     Divorcés     Union libre     Veuf(ve)

1er parent de l'adhérent	2ème parent de l'adhérent
Nom:..... Prénom:.....	Nom:..... Prénom:.....
Profession : ..... Tel travail:.....	Profession : ..... Tel travail:.....
Employeur : .....	Employeur : .....
Tel portable: .....	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 2018/2019 par chèque (A PART)**

**7 € pour les -de 16ans et 12 € pour les + de 16 ans**

## Inscription pour les Accueils de Loisirs des Mercredis 2018/2019

**A l'année** (positionnement sur l'année entière)       **Journée entière**

**Ponctuellement**       **Demi journée** (seulement pour les écoles de Châteauneuf avec repas inclus)

*(Entourez vos dates d'inscription)*

Sept				Oct			Novembre				Déc			Janvier				Fév			Mars				Avril			Mai				Juin			
5	12	19	26	3	10	17	7	14	21	28	5	12	19	9	16	23	30	6	13	6	13	20	27	3	10	15	22	29	5	12	19	26	3/07		

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 "

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON****ENFANT/JEUNE**

2018/2019

**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)

**Si allergie alimentaire, merci de fournir un Protocole d'Accueil Individualisé fait par le  
médecin traitant de l'adhérent**

**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.**

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

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette FICHE SANITAIRE
- 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 "