

### Recommandations des parents :

.....  
.....

### Régime alimentaire particulier

Dans le cadre des centres de loisirs, il est proposé uniquement des repas de substitution pour les repas sans porc.

Je souhaite des repas de substitution sans porc

### Contacts en cas d'urgence (autres que les parents) :

\*Nom-Prénom : ..... N° de tél : .....

\*Nom-Prénom : ..... N° de tél : .....

\*Nom-Prénom : ..... N° de tél : .....

\* Nom-Prénom : ..... N° de tél : .....

### Informations

Numéro de Sécurité sociale du responsable de l'enfant :  
.....

Nom et Tél du médecin traitant :  
.....

Je soussigné(e) : .....

Responsable de l'enfant : .....

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
- Autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)

**Signature :**

**Date :**

Faire précéder de la mention « lu et approuvé »

Réservé services SPL (vérification pièces à fournir):

Autorisation de prélèvement

RIB

**Votre adhésion annuelle sera prélevée lors de la 1ère facture**

Année : 2023

Valable du 01/01/2023 au 31/12/2023

3 - 12 ans



## Dossier d'inscription ALSH, Périscolaire & Restauration

Orliénas  
Commune du Rhône



### L'enfant

Nom : .....

Prénom : .....

Garçon

Fille

Adresse : .....

.....

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

Classe : .....

### Père-Mère-Tuteur

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Tel Portable : .....

Tel Domicile : .....

Tel Pro : .....

Email : .....

.....

### Père-Mère-Tuteur

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Tel Portable : .....

Tel Domicile : .....

Tel Pro : .....

Email : .....

.....

Réservé services SPL : Saisi

Saisi

Saisi

Quotient

Verif

APS

Commune.....

EPM .....

PF .....

Familial .....

FS

non

N° Allocataire CAF du Rhône : .....

Nom de l'allocataire: .....

*J'autorise EPM à consulter mes données sur Caf Pro, à défaut ou si aucune information n'est disponible, la tarification maximum me sera appliquée.*

### **Allocataire MSA et CAF (hors Rhône)**

*Je m'engage à fournir une attestation de moins de 3 mois comportant le quotient familial, ou la tarification maximum me sera appliquée.*

### **Autorisation de départ :**

Je soussigné( e) Mme, M .....

Responsable légale de l'enfant .....

• Autorise mon enfant à partir seul      Oui       Non

• Autorise mon enfant à partir uniquement accompagné de :

\*Nom-Prénom : ..... N° de tél : .....

\*Nom-Prénom : ..... N° de tél : .....

\*Nom-Prénom : ..... N° de tél : .....

\* Nom-Prénom : ..... N° de tél : .....

Une pièce d'identité sera demandée si la personne venant récupérer l'enfant n'est pas connue de l'équipe d'animation.

### **Communication et Droit à l'image :**

Vous acceptez que les données de ce formulaire :

soient utilisées par EPM/les structures périscolaires et restaurations communales

et soient utilisées par EPM/les services intercommunaux dans le cadre des accueils de loisirs (nécessaire pour un accueil en centre de loisirs même éventuel).

Je les autorise à communiquer via mon adresse mail ainsi qu'à utiliser dans leurs supports les photos ou vidéos réalisées afin de contribuer à la promotion des activités et du territoire du Pays Mornantais. Ceci exclut l'utilisation à des fins commerciales sans accord préalable de l'autorité parentale.

### **Règlement intérieur :**

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepter les termes sans restrictions.

## **Fiche sanitaire de liaison**

Selon Cerfa 1008\*02 du code de l'action sociale et des familles

### **Vaccination**

COPIE DU CARNET DE VACCINATION A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

### **Renseignements médicaux :**

• Taille : ..... Poids : .....

• L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : (entourez celle(s) contractées)

Rubéole— Varicelle— Angine— Rhumatisme articulaire aigu  
Scarlatine— Coqueluche— Otite— Rougeole— Oreillons

### **Allergies / Traitement médical :**

***En cas de spécificité de santé (allergie, asthme, traitement, maladie chronique etc...) il est obligatoire de produire un Protocole d'accueil (rédigé par un médecin).***

Asthme : OUI - NON

Allergie médicamenteuse : OUI - NON

Allergie alimentaire : OUI - NON

Autre : OUI - NON

Précisez l'allergie : .....

**Difficultés de santé :** (maladie, accident, hospitalisation, opérations etc)

.....  
.....  
.....