A.L.S.H. BUSIGNY

Accueil de Loisirs Sans Hébergement

Fiche d'inscription Octobre 2026

Je soussigné .....

Demeurant à : .....*n°*..... *Rue*.....

Tél : ..... *N° allocataire :* .....*Caisse :* .....

Déclare exercer mon autorité parentale ou une autorité de tutelle sur les enfants dont les noms suivent et sollicite leur inscription à l'ALSH pour la période du 19 octobre au 23 octobre 2026 de 9h à 17h.

Les enfants ne pourront sortir avant 17h que sur autorisation parentale.

	Nom, prénom et date de naissance de chaque enfant	*1ère semaine*
* ☐	..... né(e) le.....	☐
* ☐	..... né(e) le.....	☐
* ☐	..... né(e) le.....	☐
* ☐	..... né(e) le.....	☐
* ☐	..... né(e) le.....	☐

* ☐

*** Cocher**

Pour autoriser l'enfant
<u>à repartir seul dès 17h</u>

TARIFICATION A LA SEMAINE POUR UN ENFANT

	COMMUNE	HORS COMMUNE
QF de 0 à 369	10,00 €	10,00 €
QF de 370 à 499	18,00 €	18,00 €
QF de 500 à 700	24,00 €	24,00 €
QF de 701 à 900	26,00 €	35,00 €
QF de 901 à 1100	28,00 €	40,00 €
QF de 1101 et plus	30,00 €	45,00 €

QUOTIENT FAMILIAL QF	TARIF POUR UNE SEMAINE	SOMME A ENCAISSER
.....	.....	.....€

<u>Le prix comprend l'inscription et les repas.</u>

Aucun remboursement ne sera effectué pour maladie, seule l'hospitalisation de l'enfant donne droit à remboursement. (à partir de la date d'hospitalisation)

Busigny, le.....

Signature :

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez .....

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non
.....
.....
.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...
.....
.....
.....
.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR
Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE : .....
.....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE : .....
.....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :