



## CENTRE SOCIAL DE L'HOMMELET

205 Grande Rue, BP 262, 59055 ROUBAIX

Tél : 03 20 73 41 61.

Site Internet : cshommelet.com

### DOSSIER D'INSCRIPTION LALP 2020/2021

Nom et prénom du jeune : .....

Date et lieu de naissance :

École ou collège fréquenté : ..... Classe : .....

#### PARENTS OU PERSONNES AYANT LA RESPONSABILITÉ DU JEUNE

Nom:.....Prénom: .....

Date et lieu de naissance : .....à .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Téléphone domicile : ..... / ..... / ..... / ..... Téléphone portable : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Courriel : .....@.....

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

Téléphone travail : ..... / ..... / ..... / ..... Portable travail : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

N° sécurité Sociale : .....

Numéro Allocataire (CAF) : .....Quotient familial : .....

Situation familiale :  Célibataire  Marié(e)  PACSÉ(e)  Séparé(e)  Divorcé(é)  Veuf(ve)

LE CONJOINT :  Père  Mère  Tuteur  Autre à préciser

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Date et lieu de naissance : le.....À .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Téléphone domicile : ..... / ..... / ..... / ..... Téléphone portable : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

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

Téléphone travail : ..... / ..... / ..... / ..... Portable travail : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

#### AUTORISATION

J'autorise/ je n'autorise pas la prise de photos et de vidéos lors des activités organisées à des fins d'illustration dans ses différents supports de communication : site internet, plaquette de communication....

#### PERSONNE DÉSIGNÉE POUR REPRENDRE VOTRE ADOLESCENT EN CAS DE BESOIN :

Nom et prénom : ..... Adresse : .....

Qualité : .....Téléphone : .....

#### PIÈCES OBLIGATOIRES A FOURNIR POUR L'INSCRIPTION :

- Attestation de responsabilité civile
- Attestation CAF avec quotient familial
- Certificat médical attestant que l'enfant est à jour de ses vaccinations et apte à la vie en collectivité

Nos partenaires :



## SANTÉ DU JEUNE

### VACCINATIONS :

Vaccin obligatoire : DT POLIO : oui  non  Date du dernier rappel : .....

### VACCINS RECOMMANDÉS :

BCG :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
ROR :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Hépatite B :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Méningite :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autre (préciser) :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

L'ENFANT SOUFFRE-T-IL D'ALLERGIES ?  Oui  Non

si oui, veuillez

préciser .....

Asthme  Médicamenteuse  Alimentaire  Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (joindre certificat médical d'un allergologue)

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

### Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc. ?

### Médecin traitant

Nom : ..... Adresse .....

N° de téléphone : .....

Je soussigné(e) M ..... autorise le responsable du LALP, à prendre, le cas échéant, toute mesure rendue nécessaire par l'état du jeune.

## DECLARATION

Je soussigné ..... Responsable légal(e) du jeune .....

- Déclare exactes les informations portées sur la présente fiche d'inscription
- Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs et m'engage à le respecter.
- S'engage à communiquer au directeur tout changement de situation familiale et/ou professionnelle (adresse...) par rapport aux informations données dans la fiche d'inscription initiale.

Date : ...../...../.....

Signature précédée de la mention manuscrite

« Lu et approuvé »