



**CHAUNY - TERGNIER - LA FERÉ**  
Communauté d'Agglomération

## **ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT DOSSIER D'INSCRIPTION**

# **ALSH 2020**

**ALSH de :** .....

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** .....

**Age :** .....



**COMMUNAUTE D'AGGLOMERATION CHAUNY TERGNIER**

57 boulevard Gambetta  
02300 CHAUNY  
Téléphone : 0323384220  
Fax : 0323384221  
E-Mail : [pole.enfancejeunesse@ctlf.fr](mailto:pole.enfancejeunesse@ctlf.fr)



## PARENTS

### RESPONSABLE LEGAL (1)

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....  
Prénom : .....  
Né(e) le : ..... A : ..... Département : .....  
Adresse : .....  
Complément d'adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone 1 : ..... Téléphone 2 : .....  
E-mail : .....  
Nationalité : .....  
Qualité : Père / Mère / Tuteur / Beau-Père / Belle-Mère  
Situation de famille : Marié / Célibataire / Veuf / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé  
Profession : .....  
Employeur : .....  
Adresse professionnelle : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone professionnel : .....  
E-mail professionnel : .....  
Régime sécurité sociale : Général / Autre / MSA  
Caisse sécurité sociale : ..... Caisse CAF : .....  
Numéro allocataire CAF : .....

### RESPONSABLE LEGAL (2)

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....  
Prénom : .....  
Né(e) le : ..... A : ..... Département : .....  
Adresse : .....  
Complément d'adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone 1 : ..... Téléphone 2 : .....  
E-Mail : .....  
Nationalité : .....  
Qualité : Père / Mère / Tuteur / Beau-Père / Belle-Mère  
Situation de famille : Marié / Célibataire / Veuf / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé  
Profession : .....  
Employeur : .....  
Adresse professionnelle : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone professionnel : .....  
E-mail professionnel : .....  
Régime sécurité sociale : Général / Autre / MSA  
Caisse sécurité sociale : ..... Caisse CAF : .....  
Numéro allocataire CAF : .....

Date : \_\_/\_\_/\_\_

Signature des Responsables légaux :

Nom : .....

**COMMUNAUTE D'AGGLOMERATION CHAUNY TERGNIER**

57 boulevard Gambetta  
02300CHAUNY  
Téléphone : 0323384220  
Fax : 0323384221

E-Mail : [pole.enfancejeunesse@ctif.fr](mailto:pole.enfancejeunesse@ctif.fr)



## ENFANTS

Nom : ..... Autorité parentale :  
Prénom : .....  
Date de demande : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date d'inscription : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexe : Garçon / Fille  
Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nationalité : .....  
Lieu de naissance : ..... Langue maternelle : .....  
Commune : ..... Ecole : ..... Classe : .....  
Adresse / CP / Ville : .....  
Téléphones :  
1. Responsable légal (1): Tél ..... Tél 2 ..... Pro .....  
2. Responsable légal 2 : Tél ..... Tél 2 ..... Pro .....

### PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse / CP / Ville : .....  
Téléphones : ..... Lien de parenté : .....  
Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse / CP / Ville : .....  
Téléphones : ..... Lien de parenté : .....  
Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse / CP / Ville : .....  
Téléphones : ..... Lien de parenté : .....

### PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse / CP / Ville : .....  
Téléphones : ..... Lien de parenté : .....  
Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse / CP / Ville : .....  
Téléphones : ..... Lien de parenté : .....  
Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse / CP / Ville : .....  
Téléphones : ..... Lien de parenté : .....

### FAMILLE D'ACCUEIL

Nom : ..... Organisme : .....  
Adresse .....  
Complément .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone 1 : ..... Téléphone 2 : .....

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature des responsables

Nom : .....

**COMMUNAUTE D'AGGLOMERATION CHAUNY TERGNIER**

57 boulevard Gambetta  
02300 CHAUNY  
Téléphone : 0323384220  
Fax : 0323384221  
E-Mail : [pole.enfancejeunesse@ctlf.fr](mailto:pole.enfancejeunesse@ctlf.fr)



**INFORMATIONS MEDICALES**

**ENFANT**

Nom et prénom : .....  
Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Autorisation d'hospitalisation :   
Adresse / CP / Ville : .....  
Téléphones :  
1. Responsable légal 1 : ..... Tél ..... Tél 2 ..... Pro .....  
2. Responsable légal 2 : ..... Tél ..... Tél 2 ..... Pro .....  
3. Famille d'accueil : ..... Tél ..... Tél 2 .....  
PAI (Projet d'Accueil Individualisé):  Date de renouvellement \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**MEDECINS**

Nom : .....  
Adresse / CP / Ville : ..... Spécialité : .....  
Téléphone : .....  
Nom : .....  
Adresse / CP / Ville : ..... Spécialité : .....  
Téléphone : .....

**VACCINS**

BCG      \_\_/\_\_/\_\_\_\_      \_\_/\_\_/\_\_\_\_      \_\_/\_\_/\_\_\_\_      \_\_/\_\_/\_\_\_\_ .....  
DTP      \_\_/\_\_/\_\_\_\_      \_\_/\_\_/\_\_\_\_      \_\_/\_\_/\_\_\_\_      \_\_/\_\_/\_\_\_\_ .....  
ROR      \_\_/\_\_/\_\_\_\_      \_\_/\_\_/\_\_\_\_      \_\_/\_\_/\_\_\_\_      \_\_/\_\_/\_\_\_\_ .....  
HEPATITE B      \_\_/\_\_/\_\_\_\_      \_\_/\_\_/\_\_\_\_      \_\_/\_\_/\_\_\_\_      \_\_/\_\_/\_\_\_\_ .....  
Autre :      \_\_/\_\_/\_\_\_\_      \_\_/\_\_/\_\_\_\_      \_\_/\_\_/\_\_\_\_      \_\_/\_\_/\_\_\_\_ .....  
                  \_\_/\_\_/\_\_\_\_      \_\_/\_\_/\_\_\_\_      \_\_/\_\_/\_\_\_\_      \_\_/\_\_/\_\_\_\_ .....

**MALADIES INFANTILES**

Coqueluche    \_\_/\_\_/\_\_\_\_       Rougeole    \_\_/\_\_/\_\_\_\_       Scarlatine    \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
 Oreillons      \_\_/\_\_/\_\_\_\_       Rubéole      \_\_/\_\_/\_\_\_\_       Varicelle      \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**COMMENTAIRES**

Antécédents médicaux : .....  
.....  
Interventions chirurgicales : .....  
.....  
Autres maladies : .....  
.....  
Allergies et conduite à tenir : .....  
.....  
Observations : .....  
.....

Je soussigné(e)..... responsable de l'enfant ..... déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant

Date et Signature :

