



ALAE/ALSH "Jean Ferrat"
Esplanade des Ecoles - 81400 SAINT-BENOIT DE CARMAUX

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2026/2027

ENFANT :

NOM :			
Prénom :			
Date et lieu de naissance :	à		
Sexe :	☐ Masculin ☐ Féminin		
Ecole Fréquentée :			Classe :
ALAE fréquenté :	☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir ☐ Suivant planning		
ALSH fréquenté (mercredis et vacances scolaires)	☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir ☐ Suivant planning		

PERSONNES RESPONSABLES DE L'ENFANT

	☐ Madame ☐ Monsieur	☐ Madame ☐ Monsieur
NOM :		
Prénom :		
Qualité	☐ Père ☐ Mère ☐ Autre : Précisez	☐ Père ☐ Mère ☐ Autre : Précisez
Adresse :		
Code Postal :		
Ville :		
☎ fixe :		
☎ mobile :		
Email (obligatoire pour le portail famille)		
Profession :		
Nom de l'employeur :		
Adresse de l'employeur :		
☎ professionnel:		

FACTURATION (pour réception et règlement)

NOM et Prénom :			
Adresse :			
N° Allocataire prestation* :			
	<i>* Sans ce numéro et sans l'autorisation de consultation du compte CAFPRO, le tarif le plus élevé sera appliqué.</i>		
Régime :	☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre	☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre	

AUTORISATION DE CONSULTATION DU COMPTE CAFPRO sur internet

J'autorise la Direction à consulter mon compte CAFPRO sur internet

☐ OUI

☐ NON

Verso à compléter → → →

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET ALIMENTAIRES

2026/2027

MEDECIN TRAITANT :

NOM - Prénom :

Adresse :

Code postal
☎

Veuillez nous préciser les **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladies, accidents, opérations, saignements,...) et les recommandations utiles (prothèses, lunettes, ...) :

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

Tout enfant présentant une allergie ou tout autre trouble de la santé évoluant sur une longue période doit faire l'objet d'un **PLAN INDIVIDUALISÉ (PAI)** avant son accueil (imprimé officiel disponible auprès de la Direction).

☐ OUI ☐ NON

RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE :

☐ SANS PORC

☐ AUTRE (à préciser) :

CONTACT EN CAS D'URGENCE (autres que les parents) ET PAR ORDRE DE PRIORITÉ

A = personne autorisée à récupérer votre enfant - B = personne à prévenir

	NOM - PRENOM	☎	Lien avec l'enfant
☐ A et/ou ☐ B			
☐ A et/ou ☐ B			
☐ A et/ou ☐ B			
☐ A et/ou ☐ B			
☐ A et/ou ☐ B			

L'enfant ne sera pas confié à une autre personne sans autorisation écrite de son responsable. Toute personne inconnue des responsables des services devra présenter une pièce d'identité.

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e) : NOM : Prénom :

déclare sur l'honneur exercer l'autorité parentale sur le mineur :

NOM : Prénom :

- ☐ **AUTORISE** le Directeur ou toute autre personne en son absence, à prendre les mesures nécessaires pour la santé de mon enfant et à faire appliquer les interventions d'urgences.
- ☐ **M'ENGAGE** à prévenir si l'enfant est malade et d'avertir de tout changement de coordonnées.
- ☐ **M'ENGAGE** à payer les éventuels frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuelles.
- ☐ **AUTORISE** mon enfant à quitter seul le centre après la fin des activités (tout enfant de - de 10 ans, ne pourra pas quitter seul le lieu d'accueil) - ☐ OUI ☐ NON
- ☐ **AUTORISE** l'équipe du centre de loisirs à prendre des photos de mon enfant et à les utiliser pour la stricte utilisation liée à la documentation et à la communication interne et externe, papier et informatique.

DOCUMENTS A FOURNIR

OBLIGATOIREMENT

- ☐ Copie des vaccinations (carnet de santé)
- ☐ Attestation d'assurance extrascolaire de l'année en cours
- ☐ Copie d'un éventuel PAI en cours.

Par la signature de cette fiche d'inscription, je déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs et les accepter ; J'accepte également l'informatisation des données de cette fiche.

Fait à Le.....

Signature(s) de ou des responsables