



Dossier d'inscription ACA 2024/2025

N° CAF ou MSA :

Autorise ACA à mettre à jour le QF CAF Via CAF PRO : oui Non

Documents à fournir :

Photocopie du carnet de vaccination

Attestation CAF ou MSA

Dernier Avis d'imposition pour les non Allocataire CAF

PARENT 1 :

Nom Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Ville :

Quartier :

Téléphone :

Portable :

Adresse mail :

PARENT 2 :

Nom Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Ville :

Quartier :

Téléphone :

Portable :

Adresse mail :

TUTEUR :

Structure :

Nom Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Ville :

Quartier :

Téléphone :

Portable :

Adresse mail :

ENFANTS :

Nom de l'enfant	Prénom de l'enfant	Date de naissance

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER VOS ENFANTS si autre que les parents :

Nom de la personne	Prénom de la personne	Coordonnées téléphoniques



Fiche sanitaire - année 2024/2025

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance : / / Sexe : Masculin Féminin

Etablissement scolaire : Classe :

Mon enfant sait-il nager : Oui Non

AUTORISATION DU RESPONSABLE DE L'ENFANT

- Autorise N'autorise pas Mon enfant à rentrer seul(e)
 Autorise N'autorise pas L'ACA à photographier et/ou filmer mon enfant

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, **JOINDRE** une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice).
AUCUN médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant est-il bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH ? Oui Non

Si oui, **JOINDRE** un double de l'attestation.

Votre enfant porte-t-il : Des Lunettes Des prothèses auditive Des prothèses Dentaires

L'enfant a-t-il les allergies suivantes ? (si oui, cocher la ou les cases)

- Asthme Médicamenteuses Alimentaire

Autres :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

L'enfant a-t-il un projet d'accueil individualisé PAI ? Oui Non

Si oui, **JOINDRE** un double du PAI.

Régime alimentaire : Sans Porc Sans Viande

Autres :

Antécédent médical : (Maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...)

.....

Je soussigné(e) / Nous soussignés (préciser père, mère ou tuteur légal) Madame / Monsieur.....

- Déclare / déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs et l'accepter
- M'engage à signaler tout changement de situation familiale, domicile ou n° de téléphone ainsi que tout trouble de la santé de mon enfant et à fournir tout document (certificat médical et ordonnances) ou protocole d'accueil individualisé.
- Autorise l'ACA à traiter les données de ce formulaire afin de créer mon dossier et de gérer mon inscription.
- Conformément à la réglementation RGPD, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, d'effacement de vos données personnelles en vous adressant par email à l'adresse suivante : **contact@aca-angers.fr**

Date :

Signature(s)