



Accueil de Loisirs Sans Hébergement " Les Tilleuls "

(Mercredis - Vacances scolaires)

FICHE ENFANT

Nom : .....

Sexe : Masculin  Féminin

Prénom(s) : .....

Âge de l'enfant:.....

Date de naissance :... / ... / .....

Lieu de naissance : .....

Médecin traitant : .....

Ville :.....

Allergie(s)

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir **(si automédication le signaler)**

Régime alimentaire

Antécédents médicaux

Maladie(s)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) au niveau de l'école

Non

Oui

date ..... /...../.....

Ecole .....

Classe .....

La fiche sanitaire ci-jointe doit être remplie entièrement, datée et signée

Vous devez joindre la photocopie des vaccinations et du PAI de votre enfant : **OBLIGATOIRE**

**1 - ENFANT**  
 NOM : \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARÇON  FILLE

**FICHE SANITAIRE  
 DE LIAISON**

**DATES ET LIEU DE SÉJOUR :**  
 CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

**2 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomylélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.  
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant 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 pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
ALLERGIES :	ASTHME	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	MÉDICAMENTEUSES
	ALIMENTAIRES	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	AUTRES
		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**  
 LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**  
 VOTRE ENFANT PORTÉ-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui  non   
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui  non

**5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :**

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  D'UNE PRISE EN CHARGE S.S. À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_  
 Signature : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



## Accueil de Loisirs Sans Hébergement " Les Tilleuls "

(Mercredis – Vacances scolaires)

## FICHE FAMILLE

Situation familiale : .....

Nombre total d'enfants : ..... Nombre total d'enfants à charge : .....

Type de régime :  CAF  Mutuelle Sociale Agricole Numéro d'allocataire : .....

## FICHE PARENTALE

## Mère

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Ville : .....

Code postal : .....

Téléphone fixe : ... / ... / ... / ... / ...

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

Mail : .....@.....

Profession : .....

Nom de la société : .....

Ville .....

Téléphone professionnel fixe :

...../...../...../...../.....

Téléphone professionnel portable :

..... / ..... / ..... / ..... / .....

Autorité parentale :  oui  non

## Père

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Ville : .....

Code postal : .....

Téléphone fixe : ... / ... / ... / ... / ...

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

Mail : .....@.....

Profession : .....

Nom de la société.....

Ville .....

Téléphone professionnel fixe :

..... / ..... / ..... / ..... / .....

Téléphone professionnel portable :

..... / ..... / ..... / ..... / .....

Autorité parentale :  oui  non

Pour les parents divorcés, merci de bien vouloir remettre la photocopie du jugement relatif à la garde de l'enfant.

Destinataires des factures  Mère  Père



Accueil de Loisirs Sans Hébergement " Les Tilleuls "

(Mercredis - Vacances scolaires)

ASSURANCE DE RESPONSABILITE CIVILE

EXTRA-SCOLAIRE ET PERISCOLAIRE DE L'ANNEE EN COURS

Vous devez joindre la photocopie de l'assurance : OBLIGATOIRE

Nom de l'établissement : .....

N° de police ou de contrat : .....

Date de l'échéance : ..... / ..... / .....

MUTUELLE

Nom de l'établissement : .....

N° d'adhérent : .....

AIDES AUX VACANCES

- CAF (aide aux loisirs et aux temps libres)
- MSA (Pass évasions jeunes)
- Comité d'entreprise

Adresse : .....

N° d'allocataire : .....

LES AUTORISATIONS

**Veillez remplir toutes les autorisations datées et signées : OBLIGATOIRE**

**(\*) Cocher les mentions autorisées**

**Autorisation à sortir seul (de l'ALSH vers le domicile parental)**

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

- AUTORISONS notre enfant à rentrer seul à la maison à partir de 17h00.

Oui

Non



## Accueil de Loisirs Sans Hébergement " Les Tilleuls "

(Mercredis – Vacances scolaires)

## Autorisation à partir avec les personnes autorisées

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

- AUTORISONS notre enfant à rentrer accompagner de la ou les personne(s) (pièce d'identité) mentionnées ci-dessous :

Nom et prénom	Téléphones	Lien de parenté

A .....

Le .....

Mention « lu et approuvé »  
Signature

## Autorisation aux soins

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

- AUTORISONS le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie de notre enfant
- DÉCHARGEONS l'équipe de direction de la structure de toutes les responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.
- AUTORISONS l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.
- AUTORISONS le personnel de la structure avec **UNIQUEMENT le double de l'ordonnance**
  - En cas de maladie de mon enfant, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance et le protocole donné.
  - En cas de fièvre, d'administrer sous ma responsabilité, les antipyrétiques **selon les prescriptions du médecin traitant.**

A .....

Le .....

Mention « lu et approuvé »  
Signature



Accueil de Loisirs Sans Hébergement " Les Tilleuls "

(Mercredis – Vacances scolaires)

**Autorisation de consultation du site CDAP (ancien site CAFPRO)**

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

AUTORISONS l'équipe de direction à consulter notre Quotient Familial

Numéro d'allocataire : .....

A ..... Le ..... Mention « lu et approuvé »

Signature

**Autorisation du Portail famille Abelium de la Mairie de Gramat (en attente)**

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

AUTORISONS l'équipe de direction à consulter le Portail famille lié à la gestion de l'ALSH "Les Tilleuls "

• Adresse mail : .....

A ..... Le ..... Mention « lu et approuvé »

Signature

**Autorisation à participer aux diverses activités et aux sorties organisées**

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

AUTORISONS notre enfant à participer aux diverses activités et aux sorties organisées par l'ALSH "Les Tilleuls". En outre, j'assure que mon enfant n'a pas de problèmes médicaux particuliers.

➤ Je joins un certificat médical de mon médecin attestant uniquement une contre-indication à la pratique d'une activité (types d'activités ..... )

A ..... Le ..... Mention « lu et approuvé »

Signature

**Autorisation de transport en commun et ou en minibus communal**

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

AUTORISONS notre enfant à prendre un moyen de transport en commun (transport en commun ou minibus) à des fins de sorties pédagogiques.

A ..... Le ..... Mention « lu et approuvé »

Signature



## Accueil de Loisirs Sans Hébergement " Les Tilleuls "

(Mercredis – Vacances scolaires)

### Autorisation de filmer ou de photographier

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

- AUTORISONS que notre enfant soit filmé et /ou photographié (**uniquement photo de groupes**) aux fins d'utilisation par :
  - La structure elle-même (Gramat info,....)
  - Le Service Communication de la ville ou de la communauté de communes.
  - La presse (La Dépêche, La Vie quercynoise)
  - Le site internet municipal et autres supports informatiques de la structure (CD ROM) lié à un projet de l'ALSH (séjours, animations,...)
  - Les stagiaires dans le cadre de leurs rapports de stage
  - Le Portail famille Abelium lié à la gestion de l'ALSH "Les Tilleuls "
  
- CERTIFIONS que si nous recevons les photos ou les films, de ne pas les utiliser à d'autres usages qu'un usage familial.

A .....

Le .....

Mention « lu et approuvé »  
Signature

### Règlement intérieur de l'ALSH " les Tilleuls "

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

- CERTIFIONS avoir pris connaissance du règlement Intérieur de l' ALSH "Les Tilleuls" et nous engageons à respecter toutes les clauses.

A .....

Le .....

Mention « lu et approuvé »  
Signature

**Les informations recueillies feront l'objet d'un traitement informatique destiné au suivi des membres affiliés à la Fédération et à la gestion des licences. A ce titre, le site a fait l'objet d'une déclaration réglementaire à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Si vous choisissez NON, les informations ne pourront pas être utilisées à des fins commerciales, associatives ou humanitaire. (Déclaration ABELIUM WEB) 1447977.**