



DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT

Accueil de loisirs extra-scolaire « Les Tilleuls »

(ALSH durant les 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

Vous devez joindre la photocopie des vaccinations de votre enfant : OBLIGATOIRE

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

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) : Oui Non



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

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-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 : _____



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

1 - ENFANT

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉJURER 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	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

S'IL'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 non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

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



DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT

Accueil de loisirs extra-scolaire « Les Tilleuls »

(ALSH durant les vacances scolaires)

FICHE FAMILLE

Situation familiale :

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

FICHE PARENTALE

Mère

Nom :

Prénom :

Adresse :
.....
.....

Ville :

Code postal :

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

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

Mail :@.....

Profession :

Nom de la société et ville :
.....

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

Téléphone professionnel portable :
..... / / / /

Autorité parentale : oui non

(Si NON joindre un justificatif)

Père

Nom :

Prénom :

Adresse :
.....
.....

Ville :

Code postal :

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

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

Mail :@.....

Profession :

Nom de la société et ville :
.....

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

Téléphone professionnel portable :
..... / / / /

Autorité parentale : oui non

(Si NON joindre un justificatif)



DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT

Accueil de loisirs extra-scolaire « Les Tilleuls »

(ALSH durant les 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 :

CONDITIONS DE DEPART DE L'ENFANT

Autorisation à sortir seul

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

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

Oui

Non

Autorisation à partir avec les personnes autorisées

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

- AUTORISONS notre enfant à rentrer accompagné de la personne sur le document joint.



Accueil de loisirs extra-scolaire « Les Tilleuls »

(ALSH durant les vacances scolaires)

Autorisation aux soins

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

- AUTORISONS le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires
 - en cas d'accident
 - en de maladie subite de notre enfant : Transfert en pédiatrie ou aux urgences
- DÉCHARGEONS la 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

Autorisation de consultation du site CAFPRO

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

- AUTORISONS la direction à consulter notre dossier allocation CAFPRO, afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des participations des ressources financières.
Numéro d'allocataire :

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'as pas de problèmes médicaux particuliers.
 - Je joins un certificat médical de mon médecin attestant uniquement une contre-indication à la pratique d'une activité.

A Le mention « lu et approuvé »
Signature



Accueil de loisirs extra-scolaire « Les Tilleuls »

(ALSH durant les 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
- CERTIFIONS que si je reçois/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

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 à des fins de sorties pédagogiques.

A Le mention « lu et approuvé »
Signature

Règlement de fonctionnement

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

- CERTIFIONS avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement 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.