

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

L'ENFANT

NOM : _____

GARCON

FILLE

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE ET LIEU DE NAISSANCE _____

ECOLE ET CLASSE (RENTREE DE SEPTEMBRE) : _____

PIECE D'IDENTITE EN COURS DE VALIDITE OUI NON

Réservé au service REGIE/ALSH

Vacances scolaires

Eté	Automne	Noël	Hiver	Printemps

Mercredis récréatifs

TAP

Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 1	Trim 2	Trim 3

RESPONSABLES DE L'ENFANT

Responsable 1 : Père – Mère – Tuteur – Famille d'accueil (entourer la bonne réponse)

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

TÉL. FIXE : _____ PORTABLE : _____ BUREAU : _____

Responsable 2 : Père – Mère – Tuteur – Famille d'accueil (entourer la bonne réponse)

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (si différente) _____

TÉL. FIXE : _____ PORTABLE : _____ BUREAU : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT _____

AUTORISATIONS DE PRISE EN CHARGE

Je soussigné(e) _____, responsable légal, autorise mon enfant _____

à repartir seul(e) OUI NON ou avec les personnes suivantes :

M./Mme _____ qualité _____ N° tel.: _____

M./Mme _____ qualité _____ N° tel.: _____

M./Mme _____ qualité _____ N° tel.: _____

AUTORISATIONS D'ACTIVITES

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques, sportives (cyclotourisme à partir de 9 ans) : OUI NON

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : OUI NON

J'autorise mon enfant à participer aux excursions et sorties picnic : OUI NON

J'autorise les ALSH à reproduire des photos de mon enfant pour la campagne de communication : OUI NON

(magazine municipal, plaquettes de présentation des ALSH, journal local, exposition aux ALSH)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – **VACCINATIONS** (photocopie du carnet de vaccinations de l'enfant **obligatoire**).

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication

2 – **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

A titre indicatif : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGUE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Votre enfant porte-t-il :

Des lentilles : OUI NON Des lunettes : OUI NON au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Des prothèses auditives : OUI NON au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Des prothèses ou appareil dentaire : OUI NON au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Autres recommandations / Précisez (ex : qualité de peau, crème solaire) _____

Indiquez ci-après :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES _____

Votre enfant fréquente-t-il la restauration municipale ? OUI NON

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) en cours OUI NON (joindre le protocole et toutes les informations utiles)

IMPERATIF : PRENDRE RENDEZ-VOUS AVEC LES SERVICES DE LA MAIRIE (Voir règlement intérieur)

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ? OUI NON

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 donné sans ordonnance.**

J'autorise l'équipe d'animation à prendre le cas échéant, toutes dispositions médicales rendues nécessaires par l'état de l'enfant (appel du médecin, SAMU...). *Seuls ceux-ci sont habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Je m'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs.

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

(en cas d'impossibilité de prévenir les parents)

M./Mme : _____ qualité : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : _____

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissance du règlement intérieur des ALSH ainsi que des tarifs en vigueur et m'engage à respecter toutes les conditions et à régler toutes les prestations relatives aux différentes présences de mon enfant.

Date :

Signature :