

# DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS ALAE / ALSH

Année scolaire 2018/2019

<b>Nom de l'enfant</b> _____	<b>Prénom</b> _____
Adresse : _____	Né(e) le : _____
_____	Sexe : _____
_____	Nationalité : _____
Téléphone : _____	Adresse mail : _____
Portable : _____	

Généralités	
<p><b>Régime</b></p> <p>Régime allocataire : _____</p> <p>Allocataire : _____</p> <p>N° Allocataire : _____</p> <p>CAF : _____</p>	<p><b>Situation Financière</b></p> <p>Nb enfants à charge : _____</p> <p>Nb enfants total : _____</p> <p>Quotient familial : _____</p>
<p><b>Statistiques</b></p> <p>Catégories Sociaux Prof : _____ (Employé, artisans, cadre...)</p> <p>Commune : _____</p> <p>Communauté de com. : _____</p>	<p><b>Assurance :</b></p> <p>Nom compagnie : _____</p> <p>N°Police : _____</p> <p>Date d'échéance : _____</p>
<p><b>Scolarité :</b></p> <p>Classe : _____</p> <p>Etabl. Scolaire : _____</p> <p>Instituteur : _____</p>	<p><b>Repas Spéciaux :</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p>

## Fiche famille

Parent 1	Parent 2
Civilité : _____	Civilité : _____
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Profession : _____	Profession : _____
Employeur : _____	Employeur : _____
Téléphone : _____	Téléphone : _____
Portable : _____	Portable : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
_____	_____
_____	_____
Téléphone domicile : _____	Téléphone domicile : _____
Date de naissance : _____	Date de naissance : _____
Nom de naissance : _____	Nom de naissance : _____
Situation familiale : _____	Situation familiale : _____
Remarque : _____	Remarque : _____
_____	_____
_____	_____

## **Autorisations parentales :**

- **J'autorise mon enfant à partir seul de l'Accueil de Loisirs** (possible uniquement à partir de 6 ans)  
Oui  Non
- **J'autorise** mon enfant à participer aux activités de l'accueil de loisirs et à utiliser les moyens de transport mis à disposition par le Centre Social du Ségala tarnais pour effectuer les différentes activités.  
Oui  Non
- **J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs** à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence.  
Oui  Non
- **J'autorise l'accueil de loisirs** à prendre des photographies de mon enfant qui pourront être utilisés uniquement dans les actions de communication du Centre Social (Presse, publications, internet)  
Oui  Non

<b>Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'enfant</b>			
Interdit	Nom – Prénom	Téléphone	Lien parenté
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

Je certifie sur l'honneur, l'exactitude de tous les renseignements portés sur la fiche d'inscription.  
Je certifie également avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs.

Fait à : .....

Le : .....

Nom et prénom du Responsable Légal ou famille d'accueil Signature :



N° 10008-702

1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON

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 DÉMUNIIR 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
Diphérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétacoq					
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	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SHUANTISME ARTICULAIRE-ANGU	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
ALLERGIES :	ASTHME <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ALIMENTAIRES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> MÉDICAMENTEUSES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> AUTRES <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 CLAIRS :  
LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE

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 :  O DE LA CMU  D'UNE PRISE EN CHARGE S.S. À 100%

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

le sousigné, .....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 : \_\_\_\_\_

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES