

# DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS ALAE / ALSH

Année scolaire 2019/2020

Nom de l'enfant :		Prénom	
Adresse :	_____	Né(e) le :	_____
	_____	Sexe :	_____
	_____		
<b>Scolarité</b>		<b>Repas spéciaux</b>	
Classe :	_____		_____
Etabli. Scolaire :	_____		_____
Instituteur :	_____		_____
Si parents séparés, garde alternée : <input type="checkbox"/>			

## Fiche famille

Parent 1	Parent 2 ou tuteur
Civilité : _____	Civilité : _____
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse (si différente de l'enfant) : _____	Adresse (si différente de l'enfant) : _____
Téléphone domicile : _____	Téléphone domicile : _____
Portable : _____	Portable : _____
Mail : _____	Mail : _____
Téléphone travail : _____	Téléphone travail : _____
Situation familiale : _____	Situation familiale : _____
Remarque : _____	Remarque : _____

## Informations complémentaires

### Régime

Régime allocataire : \_\_\_\_\_

N° allocataire : \_\_\_\_\_

Nom allocataire : \_\_\_\_\_

Quotient : \_\_\_\_\_

## Autorisations parentales :

- **J'autorise** mon enfant à partir seul de l'ALSH (possible uniquement à partir de 10 ans)  
Oui  Non
- **J'autorise** mon enfant à participer aux activités de l'ALAE et/ou de l'ALSH et à utiliser les moyens de transport mis à disposition par l'Association des Centres Sociaux du Ségala Tarnais pour effectuer les différentes activités.  
Oui  Non
- **J'autorise** le responsable de l'ALAE et/ ou de l'ALSH à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence.  
Oui  Non
- **J'autorise** le responsable de l'ALAE et/ou de L'ALSH à prendre des photographies de mon enfant qui pourront être utilisés uniquement dans les actions de communication de l'association des Centres Sociaux du Ségala Tarnais (Presse, publications, internet)  
Oui  Non

Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'enfant			
Interdit	Nom – Prénom	Téléphone	Lien parenté
<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.

Fait à : .....

le : .....

Nom et prénom du Responsable Légal ou du tuteur

Signature :



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

N° 10008-02



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 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	
Polioomyélie				Coqueuche	
Or DT Polio				Autres (préciser)	
Or, 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	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"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE	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"/>		
ALLERGIES :	ASTHME		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	MÉDICAMENTEUSES		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
	ALIMENTAIRES		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	AUTRES		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, OPÉRATION, 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

SI L'ENFANT 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(e), ..... 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 : \_\_\_\_\_

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