

DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS

ALAE / ALSH

Année scolaire 2021/2022

Nom de l'enfant :	Prénom :
Adresse : _____ _____	Né-e le : _____ Sexe : _____
Scolarité	Repas spéciaux
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 : _____
Profession : _____	Profession : _____
Remarques : _____ _____	Remarques : _____ _____

Informations complémentaires

Régime

Régime allocataire : _____

Nom allocataire : _____

N° 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
·			
·			
·			
·			

Je certifie sur l'honneur, l'exactitude de tous les renseignements portés sur la fiche d'inscription et avoir pris connaissance du règlement intérieur inhérent à l'accueil de loisirs fréquenté par mon enfant.

Fait à : _____

le : _____

Nom et prénom du Responsable Légal ou du tuteur

Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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 EVITE DE VOUS DÉPLAÇER DE SON CARNET DE SANTÉ

2 - VACCINATIONS (en référence 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					
BCG					

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	Parotidite aiguë	<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	MÉDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	AUTRES	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
		ALIMENTAIRES	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non						

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
SIL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REÇUE ? 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 SSI).

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacte 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