

ALLERGIES :

MÉDICAMENTEUSES

Oui Non (*raier la mention inutile*)

ALIMENTAIRES

Oui Non (*raier la mention inutile*)

AUTRES.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Noter les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation...) et les précautions à prendre. Votre enfant porte t'il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, dentaires ?...

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS****ALAE
ALSH****N° allocataire CAF****ENFANTS**

Sexe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Noms					
Prénoms					
Date Naiss					

PARENTS

	PERE	MERE
Nom		
Prénom		
Adresse		
Tél mobile		
Tél domicile		
Profession		
Tél travail		
Employeur		
Mail personnel		

Autres personnes habilitées à venir chercher le ou les enfant(s)

Noms			
Prénoms			
Tel fixe			
Tel mobile			
Qualité			

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A _____

le / / 20

Signature obligatoire

Merci de joindre une attestation d'assurance extra scolaire (responsabilité civile et individuelle accident).

Pour les enfants de parents séparés ou divorcés, merci de joindre à cette fiche une copie de l'ordonnance du juge aux affaires familiales fixant les droits de visite.

En ce qui concerne l'inscription au centre de loisirs, il est demandé :

*La photocopie du livret de famille **pour les enfants âgés de 3 ans.***

Le numéro d'allocataire de la CAF ou

*Le **Pass loisirs de la MSA***

ADRESSE (où réside(nt) le ou les enfants):

Code postal: _____ Ville: _____

ADRESSE DE FACTURATION (si différente de celle du foyer):

Code postal: _____ Ville: _____

ASSURANCE:

Nom de la société d'assurance: _____ N° de contrat: _____

Je reconnais avoir été informé de l'intérêt de souscrire en plus de la garantie responsabilité civile, une garantie individuelle accident auprès de ma compagnie d'assurance.

AUTORISATIONS

Je soussigné (é) _____, responsable légal de l'enfant autorise :

- Mon enfant à fréquenter, pendant le temps d'animation, sous la responsabilité d'un encadrant les aires de jeux et salles d'activités extérieures à l'établissement (à proximité).
- Mon enfant à rentrer seul (barrer si inutile)
- Le responsable de la structure à utiliser des supports audiovisuels (photos, vidéos) sur lesquels figurent mon enfant en vue d'édition d'outils de promotions divers (affiche, tracts, clips, blog...)
- Mon enfant à utiliser les transports proposés (minibus municipal par exemple pour se rendre sur les lieux d'activités.

D'autre part, je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

REGIME ALIMENTAIRE

Votre enfant suit-il un régime alimentaire ? **Oui Non** (*razer la mention inutile*)

Si oui, Précisez.....
.....
.....
.....
.....

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Dates des derniers rappels	VACCINS RECOM-MANDES	OUI	NON	Dates des derniers rappels
DIPHTERIE				HEPATITE B			
TETANOS				RUBEOLE OREILLONS ROUGEOLE			
POLIOMYELITE				COQUELUCHE			
Ou DT POLIO				Autres (précisez)			
Ou TETRACOQ							

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

TRAITEMENT MEDICAL

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? **Oui Non** (*razer la mention inutile*)

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.

J'autorise le responsable de la structure à administrer si besoin à mon enfant un traitement médicamenteux (après transmission de l'original de l'ordonnance médicale ainsi que les médicaments dans leur emballage d'origine).

MALADIES :

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

	Rubéole	Rougeole	Oreillons	Scarlatine	Coqueluche	Varicelle
OUI						
NON						