

Autorisations : droit à l'image et sorties

Je soussigné(e) en qualité de : Père Mère Tuteur
de l'enfant (Nom/Prénom)

- autorise la Communauté de Communes a diffuser l'image de mon enfant sur les différents supports de communication (plaquette, site internet, réseaux sociaux) : Oui Non
- autorise mon enfant à quitter l'accueil de loisirs seul à la fin de l'activité et le dégage ainsi de toute responsabilité : **(avec justificatif)** Oui Non
- Dans le cadre de sorties ou transferts en ALSH, votre enfant peut être transporté par bus (transporteur privé) ou mini bus (appartenant à la CCHLEM et conduit par un animateur)
 - Transporteur privé Oui Non Mini-bus Oui Non
- autorise l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant votre enfant. (SAMU, Pompiers, Hospitalisation, Anesthésie)
 Oui Non

Personnes autorisées à récupérer l'enfant

Nom	Prénom	Téléphone	Lien
.....
.....
.....
.....
.....

Personnes non autorisées à récupérer l'enfant **(avec justificatif)**

Nom	Prénom	Téléphone	Lien
.....
.....
.....
.....

Protection RGPD - CNIL

Les informations recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique pour les besoins de gestion des services souscrits (inscription, facturation) et sont destinées uniquement au(x) gestionnaire(s) du service et au personnel des structures d'accueil. Conformément au RGPD du 27.04.2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et de suppression des informations qui vous concernent. Pour exercer vos droits, vous pouvez en faire la demande au responsable de service.

"J'autorise la Communauté de Communes du Haut Limousin En Marche à recueillir des informations concernant mon droit au passeport jeunes 2026 auprès de la CAF de la Haute-Vienne afin de vérifier mon éligibilité et de simplifier mes démarches".

Je soussigné(e) responsable légal(e) de l'enfant
certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche.

lu et approuvé, fait à le/...../..... Signature

FICHE DE RENSEIGNEMENTS



Temps découverte



Ados



Alsh



Périscolaire



Séjours

Enfant

Nom Né(e) le/...../..... à

Prénom Département

Classe : Ecole : Sexe : Garçon Fille

Enfant

Nom :

Prénom :

Né(e) le : / /


Parent 1


Nom :

Prénom :

Adresse :

Profession :

 Fixe :  Pro :

 Portable :

@ Mail :

Parents

Situation Familiale :

Mariés Divorcés

Séparés Pacsés

Union libre

Célibataire



Parent 2


Nom :

Prénom :

Adresse :

Profession :

 Fixe :  Pro :

 Portable :

@ Mail :

Responsable légal


Si différent des parents


Nom :

Prénom :

Adresse :

Profession :

 Fixe :

 Portable :

@ Mail :

Informations pour la facturation

Nom du responsable de l'enfant: N° de sécurité sociale :

Caisse MSA ou CAF + Département de domiciliation :

N° d'allocataire si CAF :

Quotient familial :

(JUSTIFICATIF OBLIGATOIRE)

je soussigné(e) (Nom/Prénom) autorise la personne habilitée à accéder aux informations de la base allocataire CAF ou MSA pour déterminer le coût de la journée d'accueil.

Merci de préciser quelle est l'adresse de facturation :

Parent 1

Parent 2

Autre, adresse :

Vaccination de l'enfant (joindre une copie des vaccins)

Vaccins	Oui	Non	Vaccins	Oui	Non	Vaccins	Oui	Non	Vaccins	Oui	Non
Haemophilus infuzenzae B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Méningocoque C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Votre enfant à-t-il une prise en charge (PAI) Oui Non

SI OUI, PRENEZ RENDEZ VOUS AVEC LE RESPONSABLE DE L'ALSH POUR METTRE UN PROTOCOLE EN PLACE

Votre enfant suit-il un traitement médical : 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 donné sans ordonnance

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rhumatisme articulaire aigu	Oui	Non	Rubéole	Oui	Non	Otite	Oui	Non	Coqueluche	Oui	Non			
Scarlatine	Oui	Non	Varicelle	Oui	Non	Oreillons	Oui	Non	Angine	Oui	Non	Rougeole	Oui	Non

Votre enfant a-t-il des allergies : Asthme **Oui** **Non** Médicamenteuses **Oui** **Non**

Alimentaire **Oui** **Non** Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication et / ou autonomie, le signaler)

.....

.....

Difficultés de santé de l'enfant

Indiquez ci après les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, ...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

.....

Pour mieux accueillir votre enfant : PRISE DE CONTACT OBLIGATOIRE AVEC LE DIRECTEUR DE LA STRUCTURE

Afin d'accompagner au mieux votre enfant et de recueillir les éléments administratifs requis par nos partenaires institutionnels merci de bien vouloir répondre aux questions suivantes.

Bénéficiez-vous de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) ? Oui Non

Votre enfant a-t-il un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées ou une demande en cours Oui Non

Si oui, est -t-il accompagné par une AESH/AVS ? Oui Non

Pour favoriser la continuité dans l'accueil de votre enfant, autorisez-vous l'équipe de direction de l'ALSH à prendre contact avec les professionnels qui le suivent au quotidien ? Oui Non

Si oui, merci d'indiquer les coordonnées des structures et/ou spécialistes qui l'accompagnent :

.....

.....

Recommandations utiles des parents

L'enfant porte-il des lunettes / des lentilles ? Oui Non

L'enfant porte-il des prothèses auditives ? Oui Non

L'enfant porte-il un appareil dentaire ? Oui Non

Votre enfant est -il propre : La journée : Oui Non La nuit : Oui Non

S'il s'agit d'une fille, est -elle réglée : Oui Non

L'équipe peut-elle appliquer de la crème solaire ? Oui Non

Régime alimentaire particulier :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Niveau de nage :

Autres recommandations :