



Temps découverte  Alsh  Péri-scolaire (Mercredis / Samedis)  Ados  TAP

### Enfant

Nom ..... Né(e) le ..... / ..... / ..... à ..... Département .....

Prénom ..... Sexe : Garçon  Fille  Classe : ..... Ecole : .....

### Parent 1

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Fixe : ..... Pro : .....  
Portable : .....  
@ Mail : .....

### Parents

Situation Familiale :

Mariés   Divorcés  
Séparés   Pacsés  
Union libre   
Célibataire

### Parent 2

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Fixe : ..... Pro : .....  
Portable : .....  
@ Mail : .....

### Responsable légal

Nom : ..... Si différent des parents  
Prénom : ..... Adresse : ..... Portable : .....

### Informations pour la facturation

Nom du responsable de l'enfant : ..... N° de sécurité sociale : .....  
Caisse MSA ou CAF + Département : ..... Quotient familial : .....  
N° d'allocataire si CAF : ..... (avec attestation)

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

### 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 à 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

## Vaccination de l'enfant

(joindre une copie des vaccins)

| Vaccins                 | Oui                      | Non                      | Vaccins        | Oui                      | Non                      | Vaccins   | Oui                      | Non                      | Vaccins   | Oui                      | Non                      |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|
| Haemophilus infuzenae 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 | Rougeole | Oui | Non |
| Scarlatine                  | Oui | Non | Varicelle | Oui | Non | Oreillons | Oui | Non | Angine     | 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 :**

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

Votre enfant porte t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, ...? Précisez

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

Régime alimentaire particulier : .....

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

## Personnes autorisées à récupérer l'enfant

Nom

Prénom

Téléphone

Lien

.....  
.....  
.....

## Personnes non autorisées à récupérer l'enfant

( avec justificatif )

Nom

Prénom

Téléphone

Lien

.....  
.....  
.....

Je soussigné(e) ..... responsable légal(e) de l'enfant .....

certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche.

Signature responsable légal

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