



Fiche de renseignements 2019-2020

IDENTITE DE L'ENFANT

Nom Prénom
Date de naissance Ecole / Classe

IDENTITE DE LA FAMILLE

Situation familiale des deux parents : Vie maritale Séparés

Renseignements du parent 1 (interlocuteur principal pour toute correspondance)

Nom Prénom
Adresse

Téléphone fixe Portable
Email

Profession Employeur
Téléphone travail Portable.....

Régime social : CAF MSA Autres Préciser :
N° d'allocataire :

Renseignements du parent 2

Nom Prénom
Téléphone fixe Portable
Email
Profession Employeur
Téléphone travail Portable.....

AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom Prénom
Lien..... Téléphone

Nom Prénom
Lien..... Téléphone

ADULTES AUTORISES A RECUPERER L'ENFANT A L'ALSH

Nom
Lien.....

Prénom
Téléphone

Nom
Lien.....

Prénom
Téléphone

Nom
Lien.....

Prénom
Téléphone

AUTORISATIONS PARENTALES

Règlement intérieur

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ALSH de Narcastet et je m'engage à en respecter les modalités et à en faire respecter le contenu à mon (mes) enfant(s).

Santé

J'autorise le responsable présent à stocker les données médicales de mon enfant et prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence.

Gestion des dossiers

J'autorise l'A.L.S.H de Narcastet à stocker mes données personnelles sur un fichier informatique ainsi que les photos d'identités de mon enfant. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous pouvez bénéficier d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la mairie de Narcastet.

Diffusion d'images

J'autorise l'A.L.S.H de Narcastet à pratiquer la publication d'images, photos ou œuvres réalisées pour les articles de presse, les documents de présentation ou pour toute autre forme de communication.

Transport

J'autorise mon enfant à être transporté par l'équipe pédagogique de l'A.L.SH vers les lieux d'activités.

Date :

Signature :

Les pièces à fournir impérativement avec le dossier :

- Une attestation de couverture sociale où figure le nom de l'enfant
 - Une attestation d'assurance extra-scolaire
 - Une photocopie des vaccins
 - Un justificatif de quotient familial :
- Pour les allocataires CAF : le numéro allocataire et l'attestation d'aide aux temps libres pour ceux qui en bénéficient
- Pour les autres : le numéro de matricule et l'avis d'imposition 2019 sur les revenus 2018
- Un chèque de 8€ (par enfant) à l'ordre du Trésor Public pour le règlement des frais d'inscription.

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON****L'ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE *Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.*

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

Nom et téléphone du médecin traitant :

Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphhtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant l'accueil ? oui non
Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

Allergies : médicamenteuses oui non
alimentaires oui nonasthme oui non
autres oui non**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Votre enfant porte-t-il/elle :des lentilles ? oui non des lunettes ? oui non des prothèses auditives ? oui non des prothèses ou appareil dentaires ? oui non **Autres recommandations / Précisez** (ex : qualité de peau, crème solaire)

AutorisationsJ'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Je soussignée, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature