

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.S.H 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.

L'ENFANT	
FICHE SANITAIRE DE LIAISON	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

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
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (<i>préciser</i>)			
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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies : médicamenteuses ☐ oui ☐ non asthme ☐ oui ☐ non
 alimentaires ☐ 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)

.....

.....

Autorisations

J'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