



COMMUNE D'ERMENONVILLE
FICHE DE RENSEIGNEMENTS
ALSH (Accueil de Loisirs Sans Hébergement)

Photo

Identité

Nom de l'enfant :
Prénoms :
Date de naissance :/...../.....
Lieu de naissance :
N° de sécurité sociale affilié au responsable légal :
Affilié : ☐ CAF ☐ MSA N° :

ACCUEIL DE LOISIRS DE 07H30 À 18H30

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA FAMILLE

Nom du père :
Prénoms :
Adresse :
CP : Ville :
Profession :
Téléphone domicile :
Téléphone Portable :
Téléphone professionnel :
Adresse courriel :@.....
Nom et coordonnées de l'employeur :
.....

Nom de la mère :
Prénoms :
Adresse :
CP : Ville :
Profession :
Téléphone domicile :
Téléphone Portable :
Téléphone professionnel :
Adresse courriel :@.....
Nom et coordonnées de l'employeur :
.....

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM – PRÉNOM	TÉLÉPHONE	Lien de Parenté

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS

NOM – PRÉNOM	TÉLÉPHONE	Lien de Parenté

AUTORISATION PARENTALE

Nous soussignés....., responsables légaux, autorisons :

- OUI ☐ NON : mon enfant à participer aux sorties de l'Accueil de Loisirs durant les vacances scolaires de l'année.
- OUI ☐ NON : mon enfant à être pris en photo et filmé dans le cadre des activités pratiquées à l'accueil de loisirs.
- OUI ☐ NON : la diffusion des photos de mon enfant dans le Petit Journal de la commune d'Ermenonville.
- OUI ☐ NON : mon enfant à sortir seul de l'ALSH en fin de journée. Cette sortie autonome n'est possible que pour les enfants scolarisés en primaire.
- OUI ☐ NON : la directrice à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant mon enfant (hospitalisation, SAMU, pompiers).



Nous soussignés,....., responsables légaux, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant en fonction des éléments ci-dessus.

À....., le.....
Signature des responsables légaux

RÉGIME ALIMENTAIRE

- ☐ Contradiction alimentaire :.....
☐ Allergies.....
☐ Autres :.....

MÉDECIN TRAITANT

Nom du médecin :.....
Spécialité :.....
Adresse :.....
CP :..... Ville :.....
Téléphone :.....

Nous nous devons d'informer et de signaler tout changement auprès de la responsable de la structure. Nous certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur, être en accord avec celui-ci et à le respecter en tout point.

Date :.....
Lieu :.....

Signature des représentants légaux (mention « Lu et approuvé ») :

Documents à fournir :

- Photocopie du carnet de vaccination
- Attestation d'assurance
- 1 photo d'identité
- Fiche sanitaire, fiche d'inscription et fiche de renseignements
- Avis d'imposition

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

NOM :	PRENOM :
--------------	-----------------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Animation Jeunesse. Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

1- **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

- ASTHME ☐ Oui ☐ Non
- ALIMENTAIRES ☐ Oui ☐ Non
- MEDICAMENTEUSES ☐ Oui ☐ Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir** (Si automédication le signaler).

.....

.....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales**

(informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? ☐ Oui ☐ Non

.....

.....

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

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

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

.....

.....

4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : **PRENOM :**

TEL DOMICILE **TEL TRAVAIL :** **TEL PORTABLE**

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) :(OBLIGATOIRE)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL ☐