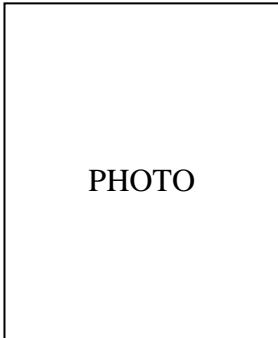


DOSSIER FAMILLE

ALP-ALE-TAP Année 2016-2017

Primaire Maternelle Pré-ados



Ecole/collège : Classe :

NOM DE L'ENFANT :

Prénom :

Né(e) le :

Remplir en majuscule

Nom des parents :

Adresse :

N° tél. domicile :

N° tél. portable de la mère : N° tél travail:

Adresse mail de la mère :

N° tél. portable du père : N° tél travail :

Adresse mail du père :

N° tél. portable de l'adolescent :

Mail de l'adolescent :

Remarques particulières (garde alternée...) :

.....
.....

Coordonnées d'une autre personne à prévenir en cas d'urgence et autorisées à récupérer l'enfant :

.....
.....

Autorisation du droit à l'image : OUI NON

Repas spécifique : Végétarien

Renseignements administratifs :

N° d'allocataire CAF ou MSA :

Régime des prestations sociales des parents (CPAM, MSA, caisse maritime...)

.....

Documents à fournir :

Dernier avis d'imposition, copies des vaccins, aide aux loisirs CAF, CESU, COSC, Chèques Vacances et SANOFI.

Tarif journée en ALE/ALP à remplir par l'administration:

En 2016

Prix journée avec repas : Prix ½ journée :

Prix du repas : 3.35 euro

Déductions :

+ Hors Pignan : 2 euro

Total :

En 2017

Prix journée avec repas : Prix ½ journée :

Prix du repas :

Déductions :

+ Hors Pignan : 2 euro

Total :

AUTORISATIONS

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné Mme, M.....

responsable légal de l'enfant....., l'autorise à participer à l'ensemble des activités organisées dans le cadre de l'ALE, ALP et TAP, y compris aux pique-niques et sorties.

A.....

Le.....

Signature du responsable légal

AUTORISATION DE SORTIE APRES LES ANIMATIONS

Laisse *ne laisse pas* mon enfant rentrer seul après les activités du centre à 11h45 et 17h

Laisse *ne laisse pas* mon enfant rentrer seul après les activités des TAP à 17h
(Rayer la mention inutile)

A.....

Le.....

Signature du responsable légal

AUTORISATION MEDICALE

Je soussigné Mme, M.....

Autorise la directrice de l'ALP, ALE et TAP à appeler un médecin ou faire hospitaliser mon enfant si nécessaire.

Je m'engage auprès de la Mairie à rembourser tous les frais médicaux avancés pour faire soigner mon enfant.

En contrepartie, la Mairie me remettra les feuilles de soins donnés.

A.....

Le.....

Signature du responsable légal



<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	<p style="text-align: center;">1 – ENFANT</p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p style="text-align: center;">GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	--

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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 <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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