

CLASSE

**ALAE – ALSH PRIMAIRES**  
**ANNEE 2013-2014**

NOM.....

Prénom.....

Né(e) le.....

Nom des parents.....

Adresse.....

N° tél. domicile.....

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

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

Remarques particulières (garde alternée...) :

.....  
.....

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

.....  
.....

Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

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

J'autorise les structures d'accueil à prendre mon enfant en photo dans le cadre des activités des accueils de loisirs.

OUI  NON

***Renseignements administratifs :***

**N° allocataire CAF ou MSA :**.....

**Caisse de sécurité sociale (CPAM, MSA, caisse maritime...)**

.....

***Document à fournir :***

**Le dernier avis d'imposition, aide aux loisirs CAF et(ou) comité d'entreprise**

***Tarif journée en ALSH :***

***En 2013***

Prix de la journée :.....

- CAF .....

- Comité entreprise .....

+ hors Pignan .....

***Total*** .....

***En 2014***

Prix de la journée :.....

- CAF .....

- Comité entreprise .....

+ hors Pignan .....

***Total*** .....

PHOTO

### **AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné, Mme – M. ...., responsable légal de l'enfant  
....., l'autorise à s'inscrire et participer à l'ensemble des  
activités organisées dans le cadre de l'ALAE et de l'ALSH, y compris pique-nique et sorties.

A ..... Le .....

Signature

### **AUTORISATION MEDICALE**

Je soussigné, Mme – M.....autorise la directrice et  
les animateurs de l'ALE et de l'ALSH à appeler un médecin ou à faire hospitaliser mon  
enfant s'ils le jugent 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  
feuilletts de soins.

A ..... Le .....

Signature



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON

FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, Ou Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, Autres (préciser).

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 ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui  non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui  non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

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

N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES