



ENFANT : ☐ Fille ☐ Garçon

Nom et Prénom :

Date de naissance : / / Age : ans

Etablissement scolaire : Classe :

I - RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Situation familiale : ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Célibataire ☐ Concubinage

Responsable de l'enfant (1) : ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur

Nom et Prénom :

Tél fixe :

Tél mobile :

Mail :

Adresse :

CP : Ville :

Employeur :

Tél professionnel :

Responsable de l'enfant (2) : ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur

Nom et Prénom :

Tél fixe :

Tél mobile :

Mail :

Adresse :

CP : Ville :

Employeur :

Tél professionnel :

II - REGIMES(S)

N° de sécurité sociale auquel l'enfant est affilié : ☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre

N° d'allocataire :

Si je ne fournis pas l'attestation de quotient familial, j'autorise la mairie de Les Billaux à consulter mes ressources via le portail CDAP (Consultation des données d'allocataire par les partenaires) :

☐ Oui ☐ Non

III- AUTORISATIONS ET RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Personne(s) habilitée(s) à récupérer l'enfant :

Nom et Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone
1-		
2-		
3-		

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant autorise :

- L'ALSH de les Billaux à photographier mon enfant. Les photos ou vidéos seront utilisées à des fins uniquement pédagogiques et pour les outils de communication de la mairie (Bulletin Municipal, Programme ALSH...) : ☐ Oui ☐ Non
- Le personnel de l'ALSH à transporter l'enfant en car ou mini bus : ☐ Oui ☐ Non
- Le personnel de l'ALSH à prendre toutes dispositions nécessaires à la vue de l'état de santé de l'enfant : ☐ Oui ☐ Non
- Mon enfant à venir seul l'ALSH (entre 7h30 et 9h) : ☐ Oui ☐ Non
- Mon enfant à partir seul de l'ALSH (entre 17h et 18h30) : ☐ Oui ☐ Non

Date :

Signature :

IV- FICHE SANITAIRE DE LIAISON**1-PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE :**L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) : ☐ Oui ☐ Non

Si oui merci de fournir le protocole en cours.

2- VACCINATIONS :a) Si l'enfant est né avant le 1^{er} janvier 2018 :

VACCINS OBLIGATOIRES	Date de rappel
Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP) ☐ Oui ☐ Non	

b) Si l'enfant est né après le 1^{er} janvier 2018 :

VACCINS OBLIGATOIRES	Date de rappel
• Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP) : ☐ Oui ☐ Non	
• Coqueluche : ☐ Oui ☐ Non	
• Hépatite B : ☐ Oui ☐ Non	
• Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b ☐ Oui ☐ Non	
• Infections invasives à pneumocoque : ☐ Oui ☐ Non	
• Méningocoque de sérogroupe C : ☐ Oui ☐ Non	
• Rougeole, oreillons et rubéole : ☐ Oui ☐ Non	

En cas de contre-indication du vaccin, merci de joindre le certificat médical du médecin.

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

L'enfant doit-il suivre un traitement médical ? ☐ 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 administré.

L'enfant a-t-il des allergies ?	L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?
Asthme ☐ Oui ☐ Non	Rubéole ☐ Oui ☐ Non
Allergies médicamenteuses ☐ Oui ☐ Non	Varicelle ☐ Oui ☐ Non
Allergies alimentaires ☐ Oui ☐ Non	Angine ☐ Oui ☐ Non
Autre(s) ☐ Oui ☐ Non	Scarlatine ☐ Oui ☐ Non
Si autres : précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir et si automédication, le signaler :	Coqueluche ☐ Oui ☐ Non
	Otite ☐ Oui ☐ Non
	Rougeole ☐ Oui ☐ Non
	Oreillons ☐ Oui ☐ Non
	Rhumatisme articulaire aigu ☐ Oui ☐ Non

Poids de l'enfant :

Taille de l'enfant :

L'enfant présente-t-il un problème de santé : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les préoccupations à prendre et notez le motif de PAI le cas échéant.

.....
.....

4- MEDECIN TRAITANT :

Nom du médecin traitant de l'enfant	Commune	Téléphone

5- BREVET NATATION :

Mon enfant à passer le brevet de natation ☐ Oui ☐ Non

Si oui, distance : ☐ 25m ☐ 50m ☐ 100m ☐ 200m

Date du brevet :

(Une photocopie du diplôme vous est demandé afin de valider ces informations.)

6- PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Si impossibilité de joindre les parents :

Nom, Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone
1-		
2-		
3-		

7- RECOMMANDATIONS UTILES :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.

.....
.....

8- RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

Je soussigné (e), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre toutes mesures nécessaires (traitements médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Date :

Signature :

(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

V- MEMO DES PIECES A FOURNIR AU DOSSIER

Ce dossier dûment complété.

- ☐ Attestation d'assurance responsabilité civile extrascolaire en cours de validité.
- ☐ Attestation de quotient familial
- ☐ Si non allocataire CAF ou MSA : avis d'imposition du ménage ou des deux parents
- ☐ Copie du livret de famille complet
- ☐ Copie de carnet de santé (pages vaccinations)
- ☐ Justificatif de domicile
- ☐ Attestation de l'affiliation au régime de la sécurité Sociale (CPAM, MSA ou autre) du parent qui couvre l'enfants.
- ☐ Jugement indiquant la garde et l'autorité parentale de l'enfant (s'il a lieu)

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE TRAITE

☐ Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisir et m'engage à le respecter.

A Le

Signature :