

CADRE RESERVÉ À L'ADMINISTRATION

Dossier reçu le \_\_\_\_\_ Transmis par \_\_\_\_\_  ASSURANCE  QF  PAI À FAIRE  
Enregistré dans Agora le \_\_\_\_\_ Scanné le \_\_\_\_\_  VACCINS  Calendrier GA

## DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION AL/ALAE

(dossier valable toute la scolarité de l'enfant, une fiche de mise à jour devra être remplie chaque année)

### FICHE ADMINISTRATIVE DE L'ENFANT

NOM DE L'ENFANT \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe  M  F  
École \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

**SI GARDE ALTERNÉE ALTERNÉE** (Pensez à fournir obligatoirement le calendrier de garde alternée ou la copie du jugement)

Dossier parent 1  (préciser \_\_\_\_\_) Dossier parent 2  (préciser \_\_\_\_\_)

### RESPONSABLE(S) LÉGAL(AUX) DE L'ENFANT

#### Responsable légal 1

Père  Mère Autre \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

souhaite accéder à la facturation en ligne  
(les identifiants de connexion vous seront envoyés par mail)

Tél domicile \_\_\_\_\_

Tél portable \_\_\_\_\_

Tél pro \_\_\_\_\_

N° CAF \_\_\_\_\_ ou MSA \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

#### Responsable légal 2

Père  Mère Autre \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

souhaite accéder à la facturation en ligne  
(les identifiants de connexion vous seront envoyés par mail)

Tél domicile \_\_\_\_\_

Tél portable \_\_\_\_\_

Tél pro \_\_\_\_\_

N° CAF \_\_\_\_\_ ou MSA \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Foyer où réside l'enfant  Parents  Père  Mère  Autre Précisez \_\_\_\_\_

Nom de l'accueillant \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

### AUTORISATIONS

Partir seul (uniquement enfant de + de 6 ans) ALAE  Oui précisez l'heure (en respectant les horaires de fermeture)  Non  
AL  Oui précisez l'heure (en respectant les horaires de fermeture)  Non

Autorise le service Inscriptions à conserver dans mon dossier l'attestation de quotient familial  Oui  Non

Publication de photos sur un support de communication interne et externe au CIAS ALAE  Oui  Non AL  Oui  Non

Quitter l'activité pour participer à l'APC (Accompagnement Personnalisé Complémentaire) ALAE  Oui  Non

Tiers à prévenir en cas d'urgence et/ou pouvant récupérer votre enfant (une pièce d'identité pourra être demandée):

Nom/prénom \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_  À prévenir  Récupère l'enfant

Nom/prénom \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_  À prévenir  Récupère l'enfant

(au besoin rajouter sur papier libre)

J'atteste avoir pris connaissance et compris les conditions générales de fonctionnement de l'AL, de l'ALAE et avoir pris connaissance du Règlement Intérieur et d'en respecter les termes. Je suis informé(e) que tant que le dossier n'est pas complet, aucune inscription ne pourra être effectuée. La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Je m'engage à signaler tout changement de situation au service (coordonnées, autorisations, personnes à prévenir...)

**Certifié exact,**

à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Nom et signature du responsable légal**

# FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT

NOM DE L'ENFANT \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

NOM DU MÉDECIN TRAITANT \_\_\_\_\_ NUMÉRO DE TÉL \_\_\_\_\_

## RÉGIME ALIMENTAIRE

Votre enfant présente-t-il une allergie alimentaire ?  Oui  Non Si oui Précisez \_\_\_\_\_ **PAI À FAIRE\***

Votre enfant a-t-il des habitudes alimentaires **sans lien** avec une allergie ?

Sans porc  Autre Précisez \_\_\_\_\_

## ALLERGIES AUTRES QU'ALIMENTAIRES

Votre enfant présente-t-il une allergie médicamenteuse ?  Oui  Non Si oui Précisez \_\_\_\_\_

Votre enfant présente-t-il une autre allergie (autre qu'alimentaire ou médicamenteuse) ?  Oui  Non

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

## VACCINATIONS (FOURNIR PHOTOCOPIE)

**Pour les enfants nés avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018, 3 vaccins obligatoires :** Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DT Polio)

**Pour les enfants nés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018, 11 vaccins obligatoires :** Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, Hæmophilus Influenzae, Hépatite B, Rougeole / Oreillons / Rubéole (ROR), Pneumocoque, Méningocoque

Fournir les photocopies des vaccins ou contre-indications (attestation du médecin). Sans ces éléments l'inscription de votre enfant ne peut être validée.

**DTPolio :** date du dernier rappel \_\_\_\_\_ **Coqueluche :** date du dernier rappel \_\_\_\_\_

**Hæmophilus Influenzae :** date du dernier rappel \_\_\_\_\_ **Hépatite B :** date du dernier rappel \_\_\_\_\_

**Rougeole / Oreillons / Rubéole (ROR) :** date du dernier rappel \_\_\_\_\_

**Pneumocoque :** date du dernier rappel \_\_\_\_\_ **Méningocoque :** date du dernier rappel \_\_\_\_\_

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

Rubéole  Oui  Non Coqueluche  Oui  Non Varicelle  Oui  Non

Oreillons  Oui  Non Angine  Oui  Non Otite  Oui  Non Scarlatine  Oui  Non

Rougeole  Oui  Non Rhumatisme articulaire aigu  Oui  Non

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX AUTRES Votre enfant présente-t-il les pathologies suivantes :

Asthme  Oui  Non Si oui Précisez \_\_\_\_\_ **PAI À FAIRE\***

Diabète  Oui  Non Si oui Précisez \_\_\_\_\_ **PAI À FAIRE\***

Epilepsie  Oui  Non Si oui Précisez \_\_\_\_\_ **PAI À FAIRE\***

Votre enfant suit-il un traitement médical régulier ?  Oui  Non Si oui Précisez \_\_\_\_\_ **PAI À FAIRE\***  
(Le Directeur de l'Accueil de Loisirs, ainsi que l'équipe d'animation ne sont pas habilités à donner des médicaments aux enfants qui leurs sont confiés (Cf. Code de la santé publique)

Votre enfant nécessite-t-il l'administration d'un traitement médicamenteux en cas d'urgence ?  Oui  Non

Si oui Précisez \_\_\_\_\_ **PAI À FAIRE\***

Votre enfant est-il en situation de handicap ? (notification MDPH à remettre)  Oui  Non Si oui Précisez \_\_\_\_\_ **PAI À FAIRE\***

Votre enfant nécessite-t-il un accompagnement particulier ? (en dehors d'un PAI Handicap)  Oui  Non

Si oui Précisez \_\_\_\_\_ **PAI À FAIRE\***

**\*Projet d'Accueil Individualisé (PAI) :** Si votre enfant présente une allergie alimentaire, est en situation de handicap (notification MDPH), nécessite l'administration d'un traitement médicamenteux en cas d'urgence ou nécessite un accompagnement particulier, un PAI doit être obligatoirement établi. Sans ce document, l'inscription de l'enfant ne peut être validée. Ce PAI est fait dans l'intérêt de l'enfant, ceci afin de permettre la meilleure des prises en charge.

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...

Oui  Non Si oui Précisez \_\_\_\_\_

Votre enfant 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 ? (exemple : antécédents médicaux ou chirurgicaux, pathologies chroniques ou aiguës en cours, ou tout autre élément d'ordre médical considéré par les parents ou le responsable légal du mineur comme susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement du séjour)

Oui (informations sous pli cacheté à remettre au directeur de l'AL/ALAE)  Non

Dans le cadre d'activités spécifiques, le responsable de l'Accueil de Loisirs vous demandera de fournir un certificat médical de non contre-indications pour que votre enfant puisse pratiquer l'activité en question. Sans ce document votre enfant ne pourra participer à l'activité.

En cas d'hospitalisation temporaire (service d'urgences) pour des soins ne nécessitant pas une hospitalisation et par accord de l'équipe soignante, il sera appliqué la procédure de sortie de droit. (Article 55 du décret du 14 janvier 1974). En conséquence le directeur de l'Accueil de Loisirs sera autorisé à reprendre votre enfant. Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'ai pris connaissance que la notion d'urgence médicale est déterminée par les professionnels de santé et que l'autorité parentale ne peut être déléguée ni au directeur de l'accueil ni à l'organisateur.

Certifié exact,

à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Nom et signature du responsable légal