

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^{er} janvier 2018, 3 vaccins obligatoires : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DT Polio)

Pour les enfants nés à partir du 1^{er} 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