

DOSSIER INSCRIPTION ALSH THIAN T

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Quotient familial : _____ N° allocataire CAF : _____

GARÇON FILLE Taille (en cm) : _____ Poids (en Kg) : _____

Renseignements relatifs aux responsables légaux :

Responsables légaux :	1- Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>	2- Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>
Nom(s) et prénom(s) à remplir	1-	2-
Adresse complète :		
N° tél. domicile :		
N° tél. portable :		
N° tél. professionnel :		
Quotient familial :	Numéro d'allocataire CAF :	Numéro d'allocataire CAF :

L'enfant est en famille d'accueil : oui non

Nom et prénom de l'assistant-e familial-e :	
Adresse complète :	
N° tél. domicile :	
N° tél portable :	



Je soussigné·e, responsable légal,

(mettre une croix dans la case oui ou non)

☞ Autorise		OUI	NON
l'enfant à être photographié ou filmé (les photos ou vidéos seront utilisées à des fins pédagogiques et pour les outils de communication des services municipaux)			
L'enfant à accéder librement au lieu d'activité et à repartir seul à son domicile durant les horaires de fonctionnement de l'ALSH			
L'enfant à participer à toutes les activités sans contrainte médicale (activités sportives, de nature, de loisirs)			
☞ Donne à l'organisateur son accord		OUI	NON
par le biais du directeur ou à défaut un membre de l'équipe encadrante de l'accueil, à administrer à son enfant les médicaments prescrits par le médecin et sur présentation d'une ordonnance médicale			
pour prendre toutes les mesures d'urgence nécessaires à la santé de l'enfant			
pour que l'enfant soit transporté en voiture particulière pour une consultation au cabinet médical de Thiant si nécessaire			
URGENCE : pour qu'une autre personne soit contactée en cas d'urgence si vous, le responsable légal, n'êtes pas joignable et en indiquer les nom et prénom ainsi que les coordonnées téléphoniques			
Nom prénom :	En qualité de :	N° téléphone :	
☞ Transmet à l'organisateur			
En cas de divorce ou séparation (couples non mariés ou pacsés) la copie de l'acte de jugement qui précise les modalités de garde de l'enfant			
La copie du PAI (projet d'accueil individualisé) pour maladie particulière			
Autres renseignements à communiquer à l'organisateur :			

☞ **Atteste tous les renseignements portés sur ce dossier d'inscription et avoir transmis à l'organisateur tous les documents demandés.**

Signature :

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles
FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT,

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : GARÇON FILLE

Taille (en cm) : Poids (en Kg) :

Nom, adresse et téléphone du médecin de famille :

.....

URGENCE, qui prévenir (1 personne - 1 numéro de téléphone) :

Nom et prénom : **Téléphone :**

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

Enfants nés avant 2018 :

VACCINS OBLIGATOIRES*	VACCINS RECOMMANDÉS	COPIES FICHES VACCINS OBLIGATOIRES DU CARNET DE SANTÉ
- Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite (DTP)	Les vaccinations recommandées concernent : <ul style="list-style-type: none"> ▪ les maladies telles que la tuberculose, la coqueluche, la rubéole, la rougeole et les oreillons, la varicelle, la grippe, l'hépatite B, le zona ; ▪ les infections invasives à hœmophilus influenza de type B, à pneumocoque, à méningocoque C ; ▪ les infections à papillomavirus humains. 	Transmises à la direction de l'accueil OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

* Les personnes titulaires de l'autorité parentale doivent veiller au respect de cette obligation

Enfants nés après 2018 :

VACCINS OBLIGATOIRES*	VACCINS RECOMMANDÉS	COPIES FICHES VACCINS OBLIGATOIRES DU CARNET DE SANTÉ
Les vaccinations obligatoires sont les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ diphtérie ▪ tétanos ▪ poliomyélite (DTP) ▪ coqueluche ▪ hœmophilus influenza de type B ▪ hépatite B ▪ infections invasives à pneumocoque ▪ méningocoque de sérogroupe C, remplacé depuis janvier 2025 par méningocoques ACWY et B ▪ rougeole, oreillons, rubéole 	Les maladies telles que : <ul style="list-style-type: none"> ▪ la tuberculose ▪ la varicelle ▪ la grippe ▪ le zona ▪ les infections à papillomavirus humains 	Transmises à la direction de l'accueil OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

* Les personnes titulaires de l'autorité parentale doivent veiller au respect de cette obligation

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.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de loisirs ? 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 oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ASTHME oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

ALLERGIES :

ALIMENTAIRES : oui non MÉDICAMENTEUSES : oui non AUTRES : oui non

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR :

P.A.I. (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....
.....
INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

VOTRE ENFANT PORTE-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non **au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant**

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non **au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant**

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non **au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant**

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service : oui non

Je soussigné·e, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur et/ou l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur et ce du 1^{er} septembre 2025 au 31 août 2026.

À Thiant, le

Signature du responsable légal :