

Je soussigné(e),
responsable légal,

(mettre une croix dans la case oui ou non)

<input type="checkbox"/> Autorise			OUI	NON
À photographier ou filmer l'enfant (les photos ou vidéos seront utilisées à des fins uniquement pédagogiques et pour les outils de communication des services municipaux)				
L'enfant à partir de 7 ans et plus à repartir seul à son domicile le soir à 17h				
L'enfant à partir avec des personnes autres que ses parents ou autre responsable légal				
<input type="checkbox"/> indiquez ci dessous les personnes autorisées à prendre votre enfant à la sortie de l'ALSH :				
Noms prénoms :	En qualité de :	N° téléphone :		
L'enfant à participer à toutes les activités sans contrainte médicale (activités sportives, de nature, de loisirs)				
<input type="checkbox"/> donne à l'organisateur son accord			OUI	NON
par le biais du directeur ou à défaut un membre de l'équipe encadrante de l'ALSH à administrer à son enfant les médicaments prescrits par le médecin et sur présentation d'une ordonnance				
Pour prendre toutes les mesures d'urgences nécessaire 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'est pas joignable et en indique le nom et prénom et les coordonnées téléphoniques :				
Nom et prénom :	En qualité de :	N° téléphone :		
<input type="checkbox"/> Transmet à l'organisateur				
En cas de divorce ou de 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 :



DOSSIER INSCRIPTION ALSH THIANT :



Nom : _____

Prénom : _____

Date de Naissance : _____

GARÇON FILLE Taille :

Poids :

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 :		

L'enfant sera en vacances chez ses grands-parents : oui non

Nom(s) et prénom(s) :		
Adresse complète :		
N° tél. domicile :		
N° tél. portable :		

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 :	

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 : _____ Poids : _____

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 :

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

*VACCINS OBLIGATOIRES	VACCINS RECOMMANDÉS	COPIES FICHES VACCINS OBLIGATOIRES DU CARNET DE SANTE
-Diphtérie -Tétanos -Poliomyélite (DTP)	<p>Les vaccinations recommandées concernent :</p> <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 haemophilus influenzae de type B, à pneumocoque, à méningocoque C ; • les infections à papillomavirus humains. 	<p>transmises à la direction de l'ALSH</p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>

Enfants nés après 2018 :

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

*VACCINS OBLIGATOIRES	VACCINS RECOMMANDÉS	COPIES FICHES VACCINS OBLIGATOIRES DU CARNET DE SANTE
<p>Les 11 vaccinations obligatoires sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • diphtérie, • tétanos • poliomyélite (DTP) ; • coqueluche ; • infections invasives à Haemophilus influenzae de type b ; • hépatite B ; • infections invasives à pneumocoque ; • méningocoque de sérogroupe C ; • rougeole, • oreillons, rubéole. 	Les maladies telles que la tuberculose, la varicelle, la grippe, le zona, les infections à papillomavirus humains.	<p>transmises à la direction de l'ALSH</p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>

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-T-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 soussignée,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 un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

A Thiant, le

Signature du responsable légal :