



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'adolescent (les photos ou vidéos seront utilisées à des fins pédagogiques, pour les outils de communication des services municipaux et sur le blog photo) | | | | |
| L'adolescent à partir de 15 ans à repartir seul à son domicile le soir à 17h | | | | |
| L'adolescent à prendre le bus de ligne | | | | |
| L'adolescent à prendre son vélo personnel pour tous déplacements | | | | |
| L'adolescent à participer à l'activité piscine | | | | |
| L'adolescent à partir avec des personnes autres que ses parents ou autre responsable légal | | | | |
| ☞ Indiquez ci-dessous les personnes autorisées à prendre votre enfant à la sortie de l'accueil : | | | | |
| Noms prénoms : | En qualité de : | N° téléphone : | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| L'adolescent 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'accueil à administrer à son adolescent les médicaments prescrits par le médecin et sur présentation d'une ordonnance | | | | |
| pour prendre toutes les mesures d'urgence nécessaires à la santé de l'adolescent | | | | |
| pour que l'adolescent 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 le nom, prénom et les coordonnées téléphoniques | | | | |
| Nom prénom : | En qualité de : | N° téléphone : | | |
| | | | | |
| <input type="checkbox"/> 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'adolescent | | | | |
| 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 : _____

Quotient familial : _____ N° allocataire CAF : _____

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 : | | |
| 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 : | |

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

L'ADOLESCENT,

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)

| 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 <i>hæmophilus influenza</i> 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

SI L'ADOLESCENT 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'ADOLESCENT

L'adolescent 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'adolescent avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'ADOLESCENT 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 AIGÜ 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 ADOLESCENT 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'adolescent, 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'adolescent, 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} juillet 2023 au 31 juillet 2023.

À Thiant, le

Signature du responsable légal :