

## 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 :	



Je soussigné(e) ....., responsable légal,

(mettre une croix dans la case oui ou non)

☞ Autorise			OUI	NON
À photographier ou filmer l'enfant (les photos ou vidéos seront utilisées à des fins pédagogiques, pour les outils de communication des services municipaux et sur le blog photo)				
L'enfant à partir de 7 ans à repartir seul à son domicile le soir à 17h				
L'enfant (de 6 à 14 ans) à participer à l'activité camping (pour le centre d'été)				
L'enfant à participer à l'activité piscine (pour le centre d'été)				
L'enfant 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'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				
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 Thiand si nécessaire				
<b>URGENCE</b> - 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 :		
☞ 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 : ..... 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 :**

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

<b>VACCINS OBLIGATOIRES*</b>	<b>VACCINS RECOMMANDÉS</b>	<b>COPIES FICHES VACCINS OBLIGATOIRES DU CARNET DE SANTÉ</b>
<b>Les 11 vaccinations obligatoires sont les suivantes :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ diphtérie</li> <li>▪ tétanos</li> <li>▪ poliomyélite (DTP)</li> <li>▪ coqueluche</li> <li>▪ infections invasives à Hœmophilus influenza de type B</li> <li>▪ hépatite B</li> <li>▪ infections invasives à pneumocoque</li> <li>▪ méningocoque de sérogroupe C</li> <li>▪ rougeole</li> <li>▪ oreillons, rubéole</li> </ul>	Les maladies telles que la tuberculose la varicelle la grippe le zona les infections à papillomavirus humains	<b>Transmises à la direction de l'accueil</b>  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 ?

<b>RUBÉOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ASTHME</b> 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<sup>er</sup> septembre 2024 au 31 août 2025.*

**À Thiant, le**

**Signature du responsable légal :**