

ENFANT :  Fille  Garçon

Nom et Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Age : ..... ans

Etablissement scolaire : ..... Classe : .....

**I - RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX**Situation familiale :  Marié(e)  Divorcé(e)  Pacsé(e)  Célibataire  Concubinage**Responsable de l'enfant (1)** :  Père  Mère  Tuteur

Nom et Prénom : .....

Tél fixe : ..... Tél mobile : .....

Mail : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Employeur : ..... Tél professionnel : .....

**Responsable de l'enfant (2)** :  Père  Mère  Tuteur

Nom et Prénom : .....

Tél fixe : ..... Tél mobile : .....

Mail : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Employeur : ..... Tél professionnel : .....

**II - REGIMES(S)**N° de sécurité sociale auquel l'enfant est affilié : :  CAF  MSA  Autre

N° d'allocataire : .....

Si je ne fournis pas l'attestation de quotient familial, j'autorise la mairie de Les Billaux à consulter mes ressources via le portail CDAP (Consultation des données d'allocataire par les partenaires) :

 Oui  Non

**III- AUTORISATIONS ET RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

Personne(s) habilitée(s) à récupérer l'enfant :

Nom et Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone
1-		
2-		
3-		

Je soussigné(e) ..... , responsable légal(e) de l'enfant autorise :

- L'ALSH de les Billaux à photographier mon enfant. Les photos ou vidéos seront utilisées à des fins uniquement pédagogiques et pour les outils de communication de la mairie (Bulletin Municipal, Programme ALSH...) :  Oui  Non
- Le personnel de l'ALSH à transporter l'enfant en car ou mini bus :  Oui  Non
- Le personnel de l'ALSH à prendre toutes dispositions nécessaires à la vue de l'état de santé de l'enfant :  Oui  Non
- Mon enfant à venir seul l'ALSH (entre 7h30 et 9h) :  Oui  Non
- Mon enfant à partir seul de l'ALSH (entre 17h et 18h30) :  Oui  Non

Date : .....

Signature :

**IV- FICHE SANITAIRE DE LIAISON****1-PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE :**

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) :  Oui  Non

Si oui merci de fournir le protocole en cours.

**2- VACCINNATIONS :**

- a) Si l'enfant est né avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018 :

VACCINS OBLIGATOIRES	Date de rappel
Diphthérie, téтанos et poliomyélite (DTP) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

- b) Si l'enfant est né après le 1<sup>er</sup> janvier 2018 :

VACCINS OBLIGATOIRES	Date de rappel
• Diphthérie, téтанos et poliomyélite (DTP) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
• Coqueluche : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
• Hépatite B : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
• Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
• Infections invasives à pneumocoque : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
• Méningocoque de sérogroupe C : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
• Rougeole, oreillons et rubéole : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

En cas de contre-indication du vaccin, merci de joindre le certificat médical du médecin.

**3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

L'enfant doit-il suivre un traitement médical ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant.

Attention : aucun médicament ne pourra être administré.

L'enfant a-t-il des allergies ?	L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?
Asthme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Allergies médicamenteuses <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Allergies alimentaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre(s) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si autres : précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir et si automédication, le signaler : .....	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Rhumatismes articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Poids de l'enfant : .....

Taille de l'enfant : .....

L'enfant présente-t-il un problème de santé :  Oui  Non

Si oui, indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises conclusives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les préoccupations à prendre et notez le motif de PAI le cas échéant.

.....  
.....

**4- MEDECIN TRAITANT :**

Nom du médecin traitant de l'enfant	Commune	Téléphone

**5- BREVET NATATION :**

Mon enfant à passer le brevet de natation  Oui  Non

Si oui, distance :  25m  50m  100m  200m

Date du brevet : .....

(Une photocopie du diplôme vous est demandé afin de valider ces informations.)

**6- PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCES :**

Si impossibilité de joindre les parents :

Nom, Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone
1-		
2-		
3-		

**7- RECOMMANDATIONS UTILES :**

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.

.....  
.....

**8- RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :**

Je soussigné (e), ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre toutes mesures nécessaires (traitements médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Date : .....

Signature :

*(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)*

**V- MEMO DES PIECES A FOURNIR AU DOSSIER**

Ce dossier dûment complété.

- Attestation d'assurance responsabilité civile extrascolaire en cours de validité.
- Attestation de quotient familial
- Si non allocataire CAF ou MSA : avis d'imposition du ménage ou des deux parents
- Copie du livret de famille complet
- Copie de carnet de santé (pages vaccinations)
- Justificatif de domicile
- Attestation de l'affiliation au régime de la sécurité Sociale (CPAM, MSA ou autre) du parent qui couvre l'enfants.
- Jugement indiquant la garde et l'autorité parentale de l'enfant (s'il a lieu)

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE TRAITE**

- Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisir et m'engage à le respecter.

A ..... Le .....

Signature :