

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### A.L.S.H « LES PETITS RAPPORTEURS »

#### MONTCUQ EN QUERCY BLANC

---

#### ENFANT :

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

Sexe  Fille  Garçon

Né(e) le : ..... / ..... / ..... à : ..... N° du département : ..... Nationalité : .....

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

Mode de garde :  Parents  Mère  Père  Alternée  Famille d'accueil  En vacances chez la famille

Responsable légal : .....  Mère  Père  Autre : .....

#### FAMILLE :

Fiche Mère	Fiche Père
Nom : ..... Prénom : ..... situation familiale : <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> divorcé  <input type="checkbox"/> pacsé <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> autres Profession : ..... Employeur : .....	Nom : ..... Prénom : ..... situation familiale : <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> divorcé  <input type="checkbox"/> pacsé <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> autres Profession : ..... Employeur : .....
Adresse : ..... CP : ..... Commune : .....	Adresse : ..... CP : ..... Commune : .....
Téléphone domicile : ..... Tel. Professionnel : ..... Tel Mobile : ..... Courriel : .....	Téléphone domicile : ..... Tel. Professionnel : ..... Tel Mobile : ..... Courriel : .....
Régime social : Général <input type="checkbox"/> Agricole <input type="checkbox"/> Quotient familial : ..... Si CAF : N° Allocataire : ..... Si MSA : N° sécurité sociale : ..... <b>Si vous êtes bénéficiaire d'une aide pour les accueils de loisirs (CAF ou MSA), veuillez joindre une photocopie de votre attestation</b> Pour les familles ne fournissant aucune information sur le régime allocataire, le quotient familial ou attestation d'aides, le tarif maximal sera automatique appliqué, sans effet rétroactif en cas de modification	Régime social : Général <input type="checkbox"/> Agricole <input type="checkbox"/> Quotient familial : ..... Si CAF : N° Allocataire : ..... Si MSA : N° sécurité sociale : ..... <b>Si vous êtes bénéficiaire d'une aide pour les accueils de loisirs (CAF ou MSA), veuillez joindre une photocopie de votre attestation</b> Pour les familles ne fournissant aucune information sur le régime allocataire, le quotient familial ou attestation d'aides, le tarif maximal sera automatique appliqué, sans effet rétroactif en cas de modification

Personnes autorisées à venir récupérer l'enfant (en dehors des responsables parentaux) :

Nom/ prénom : ..... Qualité ; ..... Tél : ...../...../...../...../.....

Nom/ prénom : ..... Qualité ; ..... Tél : ...../...../...../...../.....

Nom/ prénom : ..... Qualité ; ..... Tél : ...../...../...../...../.....

Nom/ prénom : ..... Qualité ; ..... Tél : ...../...../...../...../.....

Nom/ prénom : ..... Qualité ; ..... Tél : ...../...../...../...../.....

Informations concernant votre enfant :

Natation :  Nageur

Titulaire d'un brevet de natation :  Oui (joindre au dossier)

Non nageur

Non

Nous, soussignés, (noms et prénoms) .....

Représentants parentaux de l'enfant (nom et prénom) .....

- Attestons sur l'honneur être titulaire de l'autorité parentale,
- Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur, joignons à ce dossier le coupon d'acceptation de ce dernier, après l'avoir signé et conservons le document,
- Autorisons les responsables de la structure à prendre toutes les mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de santé de notre enfant,
- Certifions que notre enfant est couvert par une assurance « responsabilité civile » hors temps scolaire,
- Autorisons notre enfant à utiliser le service de transport pour se rendre du lieu d'accueil sur les lieux d'activités prévues dans le programme d'animations,
- Prenons acte que dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées par la structure, des photos des enfants peuvent être utilisées (journaux locaux, etc...). Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée, à la diffusion de l'image de notre enfant, et cela à titre gratuit. Dans le cas contraire, nous nous engageons à joindre à ce dossier une attestation écrite, datée et signée, précisant notre refus.

Fait à ..... Le .....

Signatures :

Documents à fournir avec la fiche de renseignements :

- Relevé d'identité bancaire
- Justificatif de l'autorité parentale pour les couples séparés ou divorcés (copie du jugement)
- Photocopie recto/verso de la carte nationale d'identité des responsables légaux
- Attestation d'assurance responsabilité et extra-scolaire
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Attestation du Quotient Familial CAF ou MSA
- Attestation aides aux loisirs à déduire CAF ou MSA
- Fiche sanitaire de liaison renseignée accompagnée de la copie des pages de vaccinations du carnet de santé
- Coupon d'acceptation du règlement intérieur
- Copie du brevet de natation (le cas échéant)

---

**ACCEPTATION DU REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT DE**  
**L'A.L.S.H « LES PETITS RAPPORTEURS »**

**Nom-Prénom :** \_\_\_\_\_

**Reconnait avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'A.L.S.H. « Les Petits Rapporteurs » et en accepter les conditions.**

**En cas de non acceptation ou de non-respect du présent règlement, l'accès à ce service sera suspendu.**

**Fait à**

**le**

**Signature du père**

**Signature de la mère**



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON       FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non

MÉDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non

AUTRES.....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....