



# FORMULAIRE PRÉ-INSCRIPTION ALSH

## L'ENFANT

NOM : ..... SEXE : GARÇON  FILLE

PRÉNOMS : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... LIEU DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

COMMUNE DE SCOLARISATION : .....

## LA MÈRE

NOM : ..... PRÉNOM .....

NOM DE JEUNE FILLE : .....

ADRESSE (SI DIFFÉRENTE DE L'ENFANT) : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TÉL. DOMICILE : ..... TÉL. PORTABLE : .....

ADRESSE MAIL : .....

PROFESSION : ..... TÉL. TRAVAIL : .....

## LE PÈRE

NOM : ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (SI DIFFÉRENTE DE L'ENFANT) : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TÉL. DOMICILE : ..... TÉL. PORTABLE : .....

ADRESSE MAIL : .....

PROFESSION : ..... TÉL. TRAVAIL : .....

## SITUATION FAMILIALE

MARIÉS  VIE MARITALE OU PACS  DIVORCÉS  SÉPARÉS  VEUF(VE)  CÉLIBATAIRE\*

\*SI L'ENFANT N'EST PAS RECONNU PAR L'AUTRE PARENT

## AUTRE REPRÉSENTANT LÉGAL \*

PERSONNES PHYSIQUE  PERSONNE MORALE

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TÉL. DOMICILE : .....TÉL. PORTABLE : .....

ADRESSE MAIL : .....

PROFESSION : .....TÉL. TRAVAIL : .....

\*est considéré comme représentant légal : les parents (père ou mère ayant l'autorité parentale) ou adoptifs, une tierce personne ayant la délégation de l'autorité parentale (validée par le juge des affaires familiale (JAF) ou un tuteur désigné par le JAF.

## AUTRES INFORMATIONS

### **ALLOCATION (joindre obligatoirement une attestation CAF ou MSA du quotient familial)**

NOM DE L'ALLOCATAIRE : .....NUMERO ALLOCATAIRE.....

### **ASSURANCE**

NOM DE LA COMPAGNIE : .....NUMERO POLICE.....

### **AUTORISATIONS**

PARTICIPER AUX SORTIES

PUBLIER DES PHOTOS

### **ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP**

**Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) ?**  OUI  NON

Si oui, transmettre obligatoire l'attestation de paiement à l'AEEH perçue par la CAF ou la MSA.

### **PERSONNES HABILTEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT**

NOM	LIEN DE PARENTE	TEL. MOBILE	TEL. DOMICILE

DATE DE LA DEMANDE : ...../...../.....

### SIGNATURES

MÈRE

PÈRE

AUTRE REPRÉSENTANT LÉGAL



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 2024-2025



(MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS)

**Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Merci de nous indiquer tout changement en cours d'année.**

### L'ÉLÈVE

NOM : .....

SEXE : GARÇON  FILLE

PRÉNOMS : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

### VACCINATIONS (joindre copie carnet de santé)

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

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'ÉLÈVE

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant l'accueil ? 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 et autorisation du médecin**

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"/>	

### RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

**Fiche « ANNEXE SANTÉ » à compléter par le médecin traitant ou le pédiatre, si allergies citées ci-dessous ou pathologie particulière**

ALLERGIES : ASTHME OUI  NON

ALIMENTAIRES : OUI  NON

AUTRES : .....

**INDIQUEZ CI APRÈS :**

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

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

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

1. Votre enfant porte-t-il ?

DES LENTILLES     DES LUNETTES     DES PROTHÈSES AUDITIVES     DES PROTHÈSES DENTAIRES

AUTRES, à préciser : .....

2. Baignade :    SAIT NAGER                          SE DÉBROUILLE                          NE SAIT PAS NAGER   

Observations diverses : .....

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

**LA MÈRE :**

NOM : ..... PRÉNOM .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

N° DE TÉLÉPHONES :

DOMICILE : .....

PORTABLE : .....

TRAVAIL : .....

**LE PÈRE :**

NOM : ..... PRÉNOM .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

N° DE TÉLÉPHONES :

DOMICILE : .....

PORTABLE : .....

TRAVAIL : .....

**LE MÉDECIN TRAITANT**

NOM : ..... PRÉNOM .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TÉLÉPHONE : .....

*Je soussigné(e), ..... 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

Date :

Signature



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON COMPLÉMENTAIRE 2024-2025

**Cette fiche doit-être complétée par le médecin traitant, le pédiatre ou l'allergologue  
que dans le cas de pathologie particulière.**

## L'ÉLÈVE

NOM : .....

SEXE : GARÇON  FILLE

PRÉNOMS : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

## PATHOLOGIE

### 1. ALLERGIE ALIMENTAIRE :

OUI  NON

Allergène(s) retenu(s) : .....

Type de réaction clinique :

Eczéma

Œdème de Quincke

Choc anaphylactique

Signes digestifs

Urticaire localisé ou généralisé

Syndrome oral

### 2. AUTRES ALLERGIE :

OUI  NON

Allergène(s) retenu(s) : .....

Date de la dernière manifestation allergique : .....

Type de réaction clinique : .....

### 3. ASTHME :

OUI  NON

4. AUTRES : .....

## TRAITEMENT OU CONDUITE A TENIR PENDANT LES TEMPS PERI OU EXTRA SCOLAIRES

Traitement permanent à la cantine :

OUI  NON

Si oui, lequel ? (joindre impérativement l'ordonnance) : .....

Protocole d'urgence préconisé :

OUI  NON

Si oui, lequel ? (joindre impérativement le protocole) : .....

Soins et surveillance pendant le temps de cantine :

OUI  NON

Si oui, description des signes cliniques à surveiller : .....

Un « panier repas » préparé par les parents est-il nécessaire ? : OUI  NON

Dans ce cas, aucune préconisation ou adaptation particulière ne sera apportée au menu de la cantine.

## CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN TRAITANT

NOM DU MÉDECIN : ..... DATE.....

CACHET ET SIGNATURE