

ALSH \_\_\_\_\_

ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
 AGE : \_\_\_\_\_ ans DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ ☐ Fille ☐ Garçon  
 ECOLE : \_\_\_\_\_ CLASSE : \_\_\_\_\_ NAGEUR : ☐ OUI ☐ NON

RESPONSABLES LEGAUX

RESPONSABLE LEGAL 1 :

Qualité\* : \_\_\_\_\_ Situation familiale : \_\_\_\_\_  
 Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
 Nom d'usage : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 CP – VILLE : \_\_\_\_\_  
 Portable : \_\_\_\_\_  
 Domicile : \_\_\_\_\_  
 Travail : \_\_\_\_\_  
 E-mail : \_\_\_\_\_  
 Profession : \_\_\_\_\_

RESPONSABLE LEGAL 2

Qualité\* : \_\_\_\_\_ Situation familiale : \_\_\_\_\_  
 Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
 Nom d'usage : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 CP – VILLE : \_\_\_\_\_  
 Portable : \_\_\_\_\_  
 Domicile : \_\_\_\_\_  
 Travail : \_\_\_\_\_  
 E-mail : \_\_\_\_\_  
 Profession : \_\_\_\_\_

\*Qualité : père, mère, tuteur, beau-père, belle-mère etc...

PIECES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

- **REGIME ALLOCATAIRE** : ☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre N° allocataire : \_\_\_\_\_  
**QUOTIENT FAMILIAL** : \_\_\_\_\_ € *En l'absence de justificatif la collectivité appliquera le tarif maximum*  
☐ J'autorise la consultation en ligne de mon QF, via CDAP service en ligne sécurisé de la CAF.
- **ASSURANCE** : N° de contrat : \_\_\_\_\_
- Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_ l'attestation d'assurance doit préciser « **extra-scolaire** », c'est souvent la même que celle pour l'école.
- **VACCINATIONS** : la photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé est demandée ou une attestation de vie en collectivité indiquant que les vaccins de votre enfant sont à jour peut également convenir.

SANTE

**TRAITEMENT ET PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI) :**

Votre enfant suit-il un traitement médical : ☐ OUI ☐ NON

Votre enfant fait l'objet d'un PAI (si oui, joindre le document) : ☐ OUI ☐ NON

*Si oui à l'une des réponses ci dessus : joindre une ordonnance à jour 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 donné sans ordonnance.*

**ALLERGIES :**

Asthme : ☐ OUI ☐ NON

Médicamenteuse : ☐ OUI ☐ NON

Alimentaire : ☐ OUI ☐ NON

Autres (préciser) : \_\_\_\_\_

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) : \_\_\_\_\_

**VOTRE ENFANT A-T-IL UN HANDICAP RECONNU AUPRES DE LA MDPH (MAISON DEPARTEMENTALE POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES) ?**

☐ OUI ☐ NON Si oui, merci de préciser quel type de handicap : \_\_\_\_\_

**VOTRE ENFANT PERÇOIT-IL L'AAEH (ALLOCATION D'EDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPÉ)** ☐ OUI (*attestation à fournir*) ☐ NON

**MEDECIN TRAITANT:**

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**AUTRES :**

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, opération, ...) en précisant les dates et les précautions à prendre : \_\_\_\_\_

Recommandations utiles des parents : \_\_\_\_\_

**RÉGIME ALIMENTAIRE :** ☐ végétarien ☐ sans porc

### AUTORISATIONS

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (autre que les responsables légaux) :**

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_

**PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (autre que les responsables légaux) :**

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_

**J'AUTORISE MON ENFANT (Nom, Prénom) :** \_\_\_\_\_

- à être pris en photo ou filmé dans le cadre de la valorisation des activités, et à être diffusé sur le site internet, les réseaux sociaux et les programmes de la collectivité : ☐ OUI ☐ NON
- à rentrer seul(e) : ☐ OUI ☐ NON

### CONFORMITES DU DOCUMENT

Nous, soussignés (Nom, prénom des responsables légaux 1 et 2) \_\_\_\_\_

Responsables légaux de (Nom Prénom de l'enfant) \_\_\_\_\_ :

- Déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons le responsable de l'Accueil de Loisirs et les secours, à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant ;
- Déclarons avoir pris connaissance du règlement intérieur, de la dernière version du protocole d'accueil et en acceptons les conditions, (documents disponibles sur les lieux d'accueil et le site internet de la collectivité) ;
- Autorisons l'enfant à participer aux activités proposées ;
- Autorisons le responsable de l'ALSH à consulter notre dossier CAF/MSA dans le cadre de l'application tarifaire ;
- Autorisons à transporter l'enfant dans le cadre des activités ou en urgence santé.

Les informations recueillies au sein du présent document sont collectées afin de connaître l'identité des enfants et parents usagers de nos services. À partir de ces informations, vous serez enregistrés dans les fichiers de la Communauté de Communes jusqu'à ce que vous n'utilisiez plus le service. Si vous ne souhaitez pas que vos données soient collectées, informez-en votre interlocuteur. À tout moment, vous pouvez solliciter la Communauté de Communes afin d'accéder ou modifier les données personnelles qu'elle détient à votre sujet.

Fait le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

SIGNATURE RESPONSABLE LEGAL 1

SIGNATURE RESPONSABLE LEGAL 2