

## Fiche individuelle d'inscription

### ALSH périscolaire et extrascolaire 3 – 11 ans

#### Enfant

Nom		Prénom	
Date de naissance		Lieu de naissance	
Sexe		Nationalité	
Ecole			
Nom médecin traitant :			
Tel médecin traitant :			
Adresse médecin traitant :			
Régime alimentaire particulier :			
Lieu d'Hospitalisation :			

#### Représentant de l'enfant

Représentant 1		Représentant 2	
Régime d'affiliation		Régime d'affiliation	
N° allocataire		N° allocataire (si différent)	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Lien avec l'enfant		Lien avec l'enfant	
Adresse		Adresse (si différente)	
Code postal		Code postal	
Ville		Ville	
<input type="checkbox"/> Tel domicile		<input type="checkbox"/> Tel domicile	
<input type="checkbox"/> Tel portable		<input type="checkbox"/> Tel portable	
Adresse mail		Adresse mail	
Situation familiale		Situation familiale	
Nom employeur		Nom employeur	
Adresse employeur		Adresse employeur	
Profession		Profession	
Tel professionnel		Tel professionnel	

#### Personnes à prévenir en cas d'urgence (autres que les représentants légaux)

Personne 1			
Nom		Prénom	
Lien		Tel	
Personne 2			
Nom		Prénom	
Lien		Tel	
Personne 3			
Nom		Prénom	
Lien		Tel	

**AUTORISATION**

Je soussignée, .....,  
responsable légal de l'enfant .....

autorise le personnel de la Maison de l'Enfance, en cas d'urgence (maladie ou accident), à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de l'enfant : prendre l'avis d'un pharmacien, consulter un médecin, suivre toutes les mesures prescrite par le médecin, faire intervenir le SAMU, hospitaliser l'enfant.

autorise l'utilisation de photos ou vidéos de mon enfant, prises dans le cadre des activités de la Maison de l'Enfance dans un but pédagogique, pour toutes expositions et communications de la Maison de l'Enfance.

autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités proposées par la Maison de l'Enfance et par conséquent à participer aux sorties liées aux activités réalisées.

autorise mon enfant à être transporté par car ou véhicule de location dans le cadre des activités de la Maison de l'Enfance.

autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées.

autorise mon enfant à quitter seul la maison de l'enfance

Cocher les jours concernés	Indiquer à partir de quelle heure
<input type="checkbox"/> Lundi	
<input type="checkbox"/> Mardi	
<input type="checkbox"/> Mercredi	
<input type="checkbox"/> Jeudi	
<input type="checkbox"/> Vendredi	

autorise mon enfant à quitter la maison de l'enfance sous la responsabilité de

Personne 1			
Nom		Prénom	
Lien		Tel	
Personne 2			
Nom		Prénom	
Lien		Tel	

n'autorise pas mon enfant à quitter la maison de l'enfance sous la responsabilité de

Personne 1			
Nom		Prénom	
Lien		Tel	
Personne 2			
Nom		Prénom	
Lien		Tel	

Fait à  
Le

Signature



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008\*02

<h1 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h1>	<p style="text-align: center; color: #0070C0; margin: 0;"><b>L'ENFANT</b></p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p style="text-align: center;">GARÇON <input type="checkbox"/>      FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	--

**1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). pas de photocopie

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				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					

\*RAPPEL tous les 5 ans pour les vaccins obligatoires pour les mineurs

\*\*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

**2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

ALLERGIES :    ASTHME                            oui  non                             MEDICAMENTEUSES                            oui  non

                                 ALIMENTAIRES oui  non                             AUTRES .....

En cas d'allergie, prendre contact avec la Direction de la Maison de l'Enfance pour préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir.

**MALADIE** : à titre indicatif 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"/>	
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"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

**TRAITEMENT MEDICAL REGULIER** : L'enfant suit-il un traitement médical régulier pendant sa présence au centre de loisirs ou 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.**

**TROUBLE DE LA SANTE** : L'enfant présente-t-il un trouble de la santé ? oui  non

**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 **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

**3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES** (à renseigner obligatoirement.) VOTRE ENFANT PORTE-T-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)

.....  
 .....

#### 4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui  non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui  non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui  non

#### 5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

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

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

*Je soussignée, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise 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 un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

**Il est rappelé que cette fiche sanitaire de liaison peut être remise sous enveloppe cachetée par les familles au Direction de l'accueil de mineurs. Les informations communiquées restent confidentielles et seront restituées aux familles. Les fiches sanitaires de liaison doivent être renouvelées tous les ans. Toute modification en cours d'année concernant les renseignements ci-dessus devra être signalée à la Direction dans les meilleurs délais.**

Date :

Signature :

## Prélèvement automatique

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Trésor Public à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Trésor Public.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit.

### Débiteur

Votre Nom	
Adresse	
Adresse	
Code postal	
Ville	

### IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.*

**Veillez compléter tous les champs du mandat.  
Joindre un RIB.**

Fait à  
Le

Signature

**Signature du Règlement  
(Livret joint au dossier d'inscription)**

Je soussigné(e) ....., responsable de l'enfant .....,  
déclare avoir pris connaissance du règlement de la Maison de l'Enfance de Saint-Thonan et m'engage à en  
respecter les modalités.

Fait à :

Date :

Signature des parents :