

## Fiche de renseignements

### Inscription ALSH Intercommunal

#### Enfant

<b>Nom*</b>	
<b>Prénom*</b>	
<b>Date de naissance*</b>	

<u>Représentant légal 1</u>	<u>Représentant légal 2</u>
Nom d'usage :	Nom d'usage :
Prénom* :	Prénom* :
Qualité* (père, mère, tuteur) :	Qualité* (père, mère, tuteur) :
Adresse* :	Adresse* :
Téléphone fixe/portable * :	Téléphone fixe/portable* :
Téléphone professionnel :	Téléphone professionnel :
Courriel :	Courriel :

#### Personnes autorisées à prendre en charge l'enfant (en dehors des parents)

<u>Personne 1 :</u>	<u>Personne 2 :</u>
Nom* :	Nom* :
Prénom* :	Prénom* :
Téléphone portable/fixe* :	Téléphone portable/fixe* :
Lien avec l'enfant* :	Lien avec l'enfant* :
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Assistante maternelle	<input type="checkbox"/> Assistante maternelle
<input type="checkbox"/> Grands-parents	<input type="checkbox"/> Grands-parents
<input type="checkbox"/> Autres, précisez :	<input type="checkbox"/> Autres, précisez :

## Fiche de renseignements Inscription ALSH Intercommunal

### Informations complémentaires

Caisse d'affiliation dont dépend l'enfant* :  <input type="checkbox"/> Les deux <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	Caisse  <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA  Numéro allocataire* :
Assurance scolaire et responsabilité civile : Numéro de l'assurance :	

### Consultation du quotient familial

<input type="checkbox"/> J'accepte <input type="checkbox"/> Je n'accepte pas  Que la direction de l'ALSH consulte mon quotient familial sur le portail sécurisé mis à disposition par la CAF du Finistère et puisse appliquer le tarif modulé selon mon QF. En cas d'absence de numéro d'allocataire, je peux transmettre mon dernier avis d'imposition à la direction de l'ALSH pour lui permettre de calculer mon QF. En cas où je refuse la consultation de mon QF, le tarif le plus élevé me sera appliqué.
--

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations susvisées et reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur/notice d'information affichée en mairie.

Date :

Signature :

Les informations personnelles recueillies sur cette fiche, sont obligatoires (\*) et nécessaires pour inscrire votre (vos) enfant(s) à l'accueil de loisirs, et assurer la gestion des services proposés par la collectivité (inscription, suivi et facturation, mise à jour des données). Elles sont enregistrées et transmises aux services de la collectivité territoriale en charge de leur traitement. Vous disposez de droits sur les données vous concernant que vous pouvez exercer auprès du service de la collectivité concernée ou auprès du délégué à la protection des données de la collectivité, en adressant une demande par écrit accompagnée d'un justificatif d'identité à l'adresse suivante : [protection.donnees@cdg29.bzh](mailto:protection.donnees@cdg29.bzh).

Pour connaître vos droits et les modalités pour les exercer, veuillez consulter la notice d'information affichée : (site internet, tableau d'affichage ALSH et/ou mairies...)

## **Autorisations**

### **Règlement intérieur :**

- Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur.
- J'accepte sans réserve le règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs

### **Transports en commun dans le cadre d'une sortie :**

- J'autorise mon enfant à prendre les transports collectifs affrété par l'ALSH.
- Je n'autorise pas mon enfant à prendre le transport collectif, donc il ne pourra pas participer à l'animation et ne pourra pas être présent à l'Accueil de Loisirs le jour concerné

### **Droit à l'image**

- J'accepte que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs et j'autorise la collectivité à utiliser ces images pour illustrer des supports d'information ou de communication (brochures, site internet et réseaux sociaux de l'ALSH)
- Je refuse que mon enfant soit photographié, filmé ou enregistré.

### **Participation aux activités**

- J'atteste que j'ai été informé des modalités d'organisation de l'accueil de loisirs
- J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités organisées par le centre
- Je décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident pour pourrait survenir avant la venue et après le départ du centre auquel est inscrit mon enfant
- M'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques engagés par les organisateurs en raison des soins engagés

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations susvisées et reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur/notice d'information affichée en mairie.

Fait à

Signature des parents

Le

Les informations personnelles recueillies sur cette fiche, sont obligatoires (\*) et nécessaires pour inscrire votre (vos) enfant(s) à l'ALSH, et assurer la gestion des services proposés par la collectivité (inscription, suivi et facturation, mise à jour des données). Elles sont enregistrées et transmises aux services de la collectivité territoriale en charge de leur traitement. Vous disposez de droits sur les données vous concernant que vous pouvez exercer auprès du service de la collectivité concernée ou auprès du délégué à la protection des données de la collectivité, en adressant une demande par écrit accompagnée d'un justificatif d'identité à l'adresse suivante : [protection.donnees@cdg29.bzh](mailto:protection.donnees@cdg29.bzh).

Pour connaître vos droits et les modalités pour les exercer, veuillez consulter la notice d'information affichée : (site internet, tableau d'affichage ALSH et/ou mairies...)





# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

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

GARÇON  FILLE

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	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou 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

## 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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	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.

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?       NON       OCCASIONNELLEMENT       OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?       NON       OUI

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

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

*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.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

#### A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

---

---

---

#### OBSERVATIONS

---

---

---

---

---

---