

ALP : Maternel ☐	 2026-2027	ALSH : Maternel ☐
ALP : Élémentaire ☐		ALSH : Élémentaire ☐

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ENFANT

Nom : Prénom : ☐ G ☐ F ☐
 Date de naissance : Lieu de naissance :
 Classe fréquentée : Instituteur :
 Régime alimentaire : Allergies :
 Médecin traitant : Lieu du cabinet :
 Appareil dentaire : ☐ oui ☐ non (si oui, merci d'amener une boîte sur le temps de midi)
 N° d'allocataire CAF ou MSA : Nom de l'allocataire :
 N° d'assurance : Compagnie :

Responsable légal 1 : père ☐ mère ☐ tuteur légal ☐
ou autre (préciser) : **Avez-vous un compte Portail Famille ☐ oui ☐ non**

Nom : Prénom :
 Adresse :

 Tél domicile : Tél professionnel : Tél portable :
 Adresse mail :
 Situation familiale : ☐ célibataire ☐ marié (e) pacsé (e) ☐ vie maritale ☐ veuf, veuve
☐ divorcé (e) séparé(e) (joindre l'ordonnance du jugement si nécessaire).

Responsable légal 2 : père ☐ mère ☐ tuteur légal ☐
ou autre (préciser) : **Avez-vous un compte Portail Famille ☐ oui ☐ non**

Nom : Prénom :
 Adresse :

 Tél domicile : Tél professionnel : Tél portable :
 Adresse mail :
 Situation familiale : ☐ célibataire ☐ marié (e) pacsé (e) ☐ vie maritale ☐ veuf, veuve
☐ divorcé (e) séparé(e) (joindre l'ordonnance du juge si nécessaire).

Projet d'Accueil Individualisé

Votre enfant fait-il l'objet d'un PAI ? ☐ OUI ☐ NON
 Les parents d'un enfant présentant des problèmes médicaux dont des allergies (asthme, etc...) ou des intolérances alimentaires sont invités à établir un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI), qui est obligatoire pour être admis au restaurant scolaire en cas d'allergie alimentaire.
 Le PAI est à retirer auprès du directeur de l'école et à faire signer par le médecin traitant, le directeur de l'école, le médecin de l'éducation nationale et le représentant de la ville en début d'année scolaire.
 Une copie du PAI est à remettre aux responsables des activités périscolaires.

AUTORISATION PARENTALE.

Je soussigné(e).....responsable légal(e)
de l'enfantdéclare inscrire l'enfant après avoir pris connaissance
des conditions générales de fonctionnement (ALSH ou de l' ALP), et du règlement intérieur.
J'autorise mon enfant à rentrer seul : oui (si oui, heure de départ :) non
J'autorise l'enfant à participer à toutes les activités prévues le jour de sa présence.
J'autorise la structure à prendre en photo mon enfant (presse et réseaux sociaux, journal municipal).
J'autorise la direction à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence suivant les
instructions du corps médical.

Personnes autorisées à récupérer l'enfant : mis à part les parents

Nom :Prénom :
TEL domicile :TEL professionnel :TEL portable :

Nom :Prénom :
TEL domicile:TEL professionnel :TEL portable :

Les parents sont autorisés de droit à récupérer l'enfant (sauf si les documents officiels sont transmis).

Vous devez joindre au dossier les documents suivants :

- Une photocopie de l'attestation de coefficient familial (CAF-MSA)
- Photocopie de la responsabilité civile de l'enfant en cours de validité.
- Fiche sanitaire de liaison complétée accompagnée de la copie du carnet de vaccination de l'enfant
- En cas de divorce ou séparation, documents établissant l'autorité parentale (copie du jugement ou de l'ordonnance du juge des affaires familiales)
- En cas d'allergie ou de prise de médicaments, allergie alimentaire : Protocole d'Accueil Individualisé.

Vous attestez avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Dossier à ramener complet au SERVICE ENFANCE JEUNESSE directement : boîte aux lettres de la mairie

A Maraussan le

Signature du représentant légal



L'ENFANT

**FICHE SANITAIRE DE
LIAISON**

Fiche à renouveler chaque année scolaire

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

1 – 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
Diphtérie				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

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ? Oui ☐ non ☐

Si oui joindre une **ordonnance** indiquant 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.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : MÉDICAMENTEUSESoui ☐ non ☐**ALIMENTAIRES**oui ☐ non ☐**AUTRES**ASTHME oui ☐ non ☐

PAI en cours

oui ☐ non ☐**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR**

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

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

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

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

4 -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.*

Date :

Signature :