

| | | |
|--|--|---|
| ALP : Maternel <input type="checkbox"/> |  2025-2026 | ALSH : Maternel <input type="checkbox"/> |
| ALP : Élémentaire <input type="checkbox"/> | | ALSH : Élémentaire <input type="checkbox"/> |

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ENFANT

Nom : Prénom :

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 :

.....

Tel domicile : Tel professionnel : Tel 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 :

.....

Tel domicile : Tel professionnel : Tel 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 : 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 | | | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| | oui | non | | | |
| 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 <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"/> | SCARLATINE 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"/> | |

ALLERGIES : MÉDICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES oui non

AUTRES

ASTHME oui non PAI en cours oui non

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A 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 :