

FICHE ENFANT 2025

A remplir pour chaque enfant inscrit

Sur quel ALSH souhaitez-vous inscrire votre enfant ? (Plusieurs cases possibles)

- Tilleuls/Verne
 Brossolette
 Chantereine
 Jaurès
 Pastel
 Hétraie
 Fontaines
 100 Navigateurs
 Séjours & Chantier jeunes

L'ENFANT

NOM : PRENOM :

SEXE : F M NE(E) LE :/...../.....

ADRESSE :

--	--	--	--	--

SCOLARISE A : Tél. à contacter en 1^{er} :/...../...../.....

N° CAF : Bons Temps Libres ou Bons Loisirs CAF ? oui non

REGIME ALIMENTAIRE : Pas de régime particulier Sans porc
 Sans viande Autres :

LE RESPONSABLE DECLARANT

NOM : PRENOM :

Tél. : / Port. : L'un, au moins, obligatoire et valide

DROIT A L'IMAGE ET INFORMATIONS

Nous, soussignés responsables de l'enfant

<input type="checkbox"/> Autorisons <input type="checkbox"/> N'autorisons pas	... les personnes missionnées par la Communauté de Communes à photographier, filmer, enregistrer la voix de mes enfants dans le cadre de ses activités et déclarons céder à titre gracieux à la CCVS, pour une durée de 10 ans maximum, le droit d'utiliser les images et sons enregistrés. Ces éléments pourront être diffusés sur les supports d'information ou de communication de la CCVS et de ses partenaires, imprimés ou numériques, sur tous les réseaux de communication, y compris télévisuels ou internet (dont les réseaux sociaux).
<input type="checkbox"/> Autorisons <input type="checkbox"/> N'autorisons pas	... la consultation et la conservation de notre dossier allocation CDAP, afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des participations financières. A Défaut, nous serons automatiquement rattachés au tarif plafond.

- Acceptons les conditions d'inscription et de fonctionnement, définies dans le **Règlement** des ACM.
- Certifions sur l'honneur **l'exactitude des renseignements** donnés et nous engageons à signaler tout changement dans la situation de la famille, au service enfance jeunesse, dans les plus brefs délais.
- Certifions sur l'honneur, avoir souscrit à un **contrat d'assurance** RC pour notre enfant et en fournir une attestation en cas de demande expresse.

Date :
 Nom-Prénom du responsable légal :
 Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :

PRENOM :

1 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence sur l'Accueil ? oui non

Si oui joindre une ordonnance en cours de validité 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 par l'enfant 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"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

L'enfant a-t-il des allergies ?

- ASTHMATIQUES oui non
- MEDICAMENTEUSES oui non
- ALIMENTAIRES oui non
- AUTRES.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

Difficultés de santé et précaution à prendre (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation).

.....

.....

L'enfant a-t-il un PAI ?

oui non

Si oui joindre une ordonnance récente, le PAI et les médicaments correspondants.

L'enfant bénéficie-t-il : d'un dossier MDPH oui non , d'une Allocation AEEH oui non

Recommandations utiles des parents :

.....

.....

2 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

Votre enfant porte-t-il

- Des lentilles ? oui non
- Des lunettes ? oui non
- Des prothèses auditives ? oui non
- 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)

.....

.....

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

.....

3 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e), 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, anesthésie générale...) 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 :

Nom-Prénom du responsable légal :

Signature :