

**Cadre réservé à l'administration**

Fiche de renseignements incomplète  N°allocataire  Avis d'imposition  Date de saisie : .....

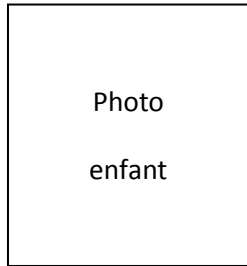
Fiche sanitaire incomplète  Droit à l'image  Autre : ..... Agent : .....

Attestation d'assurance  Justificatif de domicile  **Complet le :** .....



**Fiche individuelle de renseignements  
Accueil de Loisirs Périscolaire et ALSH**

Année scolaire 2018-2019  
(valable du 1<sup>er</sup> septembre 2018 au 31 août 2019)



**Enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....  Masculin  Féminin  
Date de naissance : ...../...../..... Ecole : .....  Maternel  Primaire  Ado

**Données communes à la familles :**

Nom allocataire  
(tel qu'il apparait sur vos documents CAF) : ..... N° allocataire CAF ou MSA : .....

Régime général (CAF)  MSA  Autre

Nombre d'enfants à charge : ..... Avez-vous droit aux aides loisirs de la CAF  oui  non

Adresse mail utilisée sur le portail famille : .....

**Mère :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Domicile : ...../...../...../...../..... Portable : ...../...../...../...../..... Travail : ...../...../...../...../.....

**Père :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Domicile : ...../...../...../...../..... Portable : ...../...../...../...../..... Travail : ...../...../...../...../.....

**Assurance** (joindre une attestation RC ou Scolaire)

Nom de l'organisme : ..... N° de contrat : ..... Dates d'échéances : .....

**Personnes à prévenir en cas d'urgence et habilitées à venir chercher l'enfant (autres que les parents) :**

Nom : ..... Nom : .....  
Prénom : ..... Prénom : .....  
Numéro de portable : ...../...../...../...../..... Numéro de portable : ...../...../...../...../.....  
Lien avec l'enfant : ..... Lien avec l'enfant : .....

**Informations complémentaires :**

Accord d'hospitalisation  Autorisation photo  Port de lunettes  Port appareil auditif  
 Autorisation à partir seul  Autorisation de sport  Port appareil dentaire  Handicapé  Autre .....

## Données sanitaires :

Nom du médecin traitant : ..... Tel. : ...../...../...../...../.....

Allergies alimentaires : .....

Pratique alimentaire :  Normal  
 Sans porc  
 Sans viande

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) : .....  
(Attention les parents fournissent le repas de substitution)

VACCINS	DATES DES DERNIERS RAPPELS Important JJ/MM/AA	VACCINS	DATES DES DERNIERS RAPPELS Important JJ/MM/AA
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche Poliomyélite (DTCP)	...../...../.....	Méningocoque C	...../...../.....
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche Poliomyélite Haemophilus (DTCPH)	...../...../.....	Pneumocoque (Prevenar)	...../...../.....
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP) (Pentavac)	...../...../.....	R.O.R.	...../...../.....
Hépatite A et/ou Hépatite B	...../...../.....	B.C.G	...../...../.....

## L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

ANGINE       OREILLONS       RHUMATHISME ARTICULAIRE AIGÛ       RUBEOLE       VARICELLE  
 COQUELUCHE       OTITE       ROUGEOLE       SCARLATINE

Asthme :  oui     non      Allergies médicamenteuses :  oui     non      Autres : .....

## **Contre indications :**

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir, si automédication le signaler, (**barrer si rien à signaler merci**)

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre (**barrer si rien à signaler merci**)

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur le dossier d'inscription et autorise le responsable de l'ALP/ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

## **Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.**

Fait à Saint André de Sangonis, le .....

Signature

### RAPPEL des pièces à fournir (uniquement des photocopies pas d'originaux) :

- Avis d'imposition sur les revenus 2016 (de septembre à décembre 2018),
- Justificatif de domicile de moins de trois mois,
- Attestation d'assurance en cours de validité (si celle-ci date de moins de 3 mois elle peut servir de justificatif de domicile).