



FORMULAIRE PRÉ-INSCRIPTION ALSH

L'ENFANT

NOM : SEXE : GARÇON ☐ FILLE ☐

PRÉNOMS :

DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

COMMUNE DE SCOLARISATION :

LA MÈRE

NOM : PRÉNOM

NOM DE JEUNE FILLE :

ADRESSE (SI DIFFÉRENTE DE L'ENFANT) :

CODE POSTAL : VILLE :

TÉL. DOMICILE : TÉL. PORTABLE :

ADRESSE MAIL :

PROFESSION : TÉL. TRAVAIL :

LE PÈRE

NOM : PRÉNOM

ADRESSE (SI DIFFÉRENTE DE L'ENFANT) :

CODE POSTAL : VILLE :

TÉL. DOMICILE : TÉL. PORTABLE :

ADRESSE MAIL :

PROFESSION : TÉL. TRAVAIL :

SITUATION FAMILIALE

☐ MARIÉS ☐ VIE MARITALE OU PACS ☐ DIVORCÉS ☐ SÉPARÉS ☐ VEUF(VE) ☐ CÉLIBATAIRE*

*SI L'ENFANT N'EST PAS RECONNU PAR L'AUTRE PARENT

AUTRE REPRÉSENTANT LÉgal *

☐ PERSONNES PHYSIQUE ☐ PERSONNE MORALE

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE

CODE POSTAL : VILLE :

TÉL. DOMICILE :TÉL. PORTABLE :

ADRESSE MAIL :

PROFESSION :TÉL. TRAVAIL :

*est considéré comme représentant légal : les parents (père ou mère ayant l'autorité parentale) ou adoptifs, une tierce personne ayant la délégation de l'autorité parentale (validée par le juge des affaires familiale (JAF) ou un tuteur désigné par le JAF.

AUTRES INFORMATIONS

ALLOCATION (joindre obligatoirement une attestation CAF ou MSA du quotient familial)

NOM DE L'ALLOCATAIRE :NUMERO ALLOCATAIRE.....

ASSURANCE

NOM DE LA COMPAGNIE :NUMERO POLICE.....

AUTORISATIONS

PARTICIPER AUX SORTIES ☐

PUBLIER DES PHOTOS ☐

VOTRE ENFANT EN EST-IL EN SITUATION DE HANDICAP

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, transmettre obligatoirement l'attestation de paiement à l'AEEH perçue par la CAF ou la MSA.

VOTRE ENFANT EST-IL CONCERNE PAR UN PAI (projet d'accueil individualisé)

☐ OUI ☐ NON

Si oui, transmettre obligatoirement le protocole du médecin.

PERSONNES HABILTEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM	LIEN DE PARENTE	TEL. MOBILE	TEL. DOMICILE

DATE DE LA DEMANDE :/...../.....

SIGNATURES

MÈRE

PÈRE

AUTRE REPRÉSENTANT LÉgal



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS)

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Merci de nous indiquer tout changement en cours d'année.

L'ÉLÈVE

NOM :

SEXE : GARÇON ☐ FILLE ☐

PRÉNOMS :

DATE DE NAISSANCE :

VACCINATIONS (joindre copie carnet de santé)

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

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ÉLÈVE

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant l'accueil ? 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 et autorisation du médecin

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

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

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Fiche « ANNEXE SANTÉ » à compléter par le médecin traitant ou le pédiatre, si allergies citées ci-dessous ou pathologie particulière

ALLERGIES : ASTHME OUI ☐ NON ☐

ALIMENTAIRES : OUI ☐ NON ☐

AUTRES :

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

1. Votre enfant porte-t-il ?

☐ DES LENTILLES ☐ DES LUNETTES ☐ DES PROTHÈSES AUDITIVES ☐ DES PROTHÈSES DENTAIRES
☐ AUTRES, à préciser :

2. Baignade : SAIT NAGER ☐ SE DÉBROUILLE ☐ NE SAIT PAS NAGER ☐

Observations diverses :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

LA MÈRE :

NOM : PRÉNOM
ADRESSE :
CODE POSTAL : VILLE :
N° DE TÉLÉPHONES :
DOMICILE :
PORTABLE :
TRAVAIL :

LE PÈRE :

NOM : PRÉNOM
ADRESSE :
CODE POSTAL : VILLE :
N° DE TÉLÉPHONES :
DOMICILE :
PORTABLE :
TRAVAIL :

LE MÉDECIN TRAITANT

NOM : PRÉNOM
ADRESSE :
CODE POSTAL : VILLE :
TÉLÉPHONE :

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.

Date :
Signature



FICHE SANITAIRE DE LIAISON COMPLÉMENTAIRE

**Cette fiche doit-être complétée par le médecin traitant, le pédiatre ou l'allergologue
que dans le cas de pathologie particulière.**

L'ÉLÈVE

NOM :

SEXE : GARÇON ☐ FILLE ☐

PRÉNOMS :

DATE DE NAISSANCE :

PATHOLOGIE

1. ALLERGIE ALIMENTAIRE :

OUI ☐ NON ☐

Allergène(s) retenu(s) :

Type de réaction clinique :

☐ Eczéma

☐ Choc anaphylactique

☐ Urticaire localisé ou généralisé

☐ Œdème de Quincke

☐ Signes digestifs

☐ Syndrome oral

2. AUTRES ALLERGIE :

OUI ☐ NON ☐

Allergène(s) retenu(s) :

Date de la dernière manifestation allergique :

Type de réaction clinique :

3. ASTHME :

OUI ☐ NON ☐

4. AUTRES :

TRAITEMENT OU CONDUITE A TENIR PENDANT LES TEMPS PERI OU EXTRA SCOLAIRES

Traitement permanent à la cantine :

OUI ☐ NON ☐

Si oui, lequel ? (joindre impérativement l'ordonnance) :

Protocole d'urgence préconisé :

OUI ☐ NON ☐

Si oui, lequel ? (joindre impérativement le protocole) :

Soins et surveillance pendant le temps de cantine :

OUI ☐ NON ☐

Si oui, description des signes cliniques à surveiller :

Un « panier repas » préparé par les parents est-il nécessaire ? : OUI ☐ NON ☐

Dans ce cas, aucune préconisation ou adaptation particulière ne sera apportée au menu de la cantine.

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN TRAITANT

NOM DU MÉDECIN : DATE.....

CACHET ET SIGNATURE