

La K'bane (classes maternelles)	
La K'ravane (classes élémentaires)	



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS
ALSH Portes des loisirs
Année scolaire 2023 / 2024**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant. (L'arrêté du 20 février 20003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en accueil de loisirs ou séjour de vacances)

L'ENFANT

Nom et prénom de l'enfant : _____
 Date de naissance : ___/___/___ Lieu de naissance: _____ Sexe : Garçon Fille
 Age révolu : _____ Classe: _____ École : _____

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Nom et Prénom du **Père, Mère ou tuteur légal** : _____
 Adresse : _____
 ☎ _____
 email @ : _____
 profession + Nom employeur : _____

Nom et Prénom **Père, Mère ou tuteur légal** : _____
 Adresse : _____
 ☎ _____
 email @ : _____
 profession+ Nom employeur : _____

Garde de l'enfant : Conjointe ♦ Père ♦ Mère ♦ Par Alternance ♦

Personnes à prévenir en cas d'urgence (si les parents ne sont pas joignables)	Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autre que les parents)
M ou Mme : Lien de parenté : ☎	M ou Mme : Lien de parenté : ☎
M ou Mme : Lien de parenté : ☎	M ou Mme : Lien de parenté : ☎

AUTORISATIONS

- J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées
- J'autorise mon enfant à être conduit en mini bus par un membre de l'équipe ALSH (ex :lors des navettes et/ou sorties avec peu d'enfants)
- J'autorise mon enfant a être photographié et/ou filmé dans le cadre des activités du centre de loisirs.
- J'autorise la publication de photos (affichages, page facebook et instagram du centre de loisirs, presse locale)

Ces restrictions ne pourront pas s'appliquer aux photos ou vidéos collectives. Les diffusions ne seront aucunement réalisées à des fins commerciales

FACTURATION

M et/ou Mme Adresse :
 email :

Numéro allocataire CAF ou MSA :

Je m'engage à régler les sommes dues à la réception des factures - Signature :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il des Allergies :

ASTHME : oui non
ALIMENTAIRES : oui non
MÉDICAMENTEUSES : oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non

Précisez la conduite à tenir :

Suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur boîte d'origine. Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

Nom et Coordonnées du Médecin

Traitant :

Numéro de sécurité sociale :

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

Varicelle	Rubéole	Rougeole	Scarlatine	Coqueluche
Oreillons	Otite	Angine	Rhumatisme	

VACCINATIONS

Date du dernier rappel de **vaccins obligatoires** (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite) :

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE INDICATION.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner, informations nécessaires en cas d'urgence)

Votre enfant porte-t-il :

- des lunettes: OUI - NON
- des lentilles : OUI - NON
- des prothèses auditives : OUI - NON
- des prothèses ou appareil dentaire : OUI - NON

Votre enfant bénéficie-t-il d'un P.A.I ou P.A.P (Projet d'Accompagnement Individualisé, Plan d'Accompagnement Personnalisé) ou autre : **OUI - NON** (Si oui nous joindre le protocole et toutes informations utiles)

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH ? Oui Non

Si difficultés de santé (Maladie, Accident, Crises, Hospitalisation,...) Précisez les précautions à prendre :

Poids: _____ Taille : _____

L'enfant suit-il un régime alimentaire, si oui lequel (sans porc, végétarien,...):

Je soussigné(e) -----, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à : ----- Date : ----- Signature :

* Documents à joindre au dossier :

- Coupon réponse signé du règlement intérieur
- Photocopie du carnet de vaccination
- Attestation d'assurance extrascolaire
- Aides Pass Temps Libres de la CAF (si vous en bénéficiez)

Pour toutes inscriptions, annulations et infos vous pouvez nous contacter au :
07/85/22/38/63 ou par mail : jeunesse@portesdelacreuseenmarche.fr