

ENFANT (joindre une photo récente)

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : / / CLASSE ANNEE 2024/2025 :




TYPE DE MENU : Menu standard Menu sans porc Menu sans viande

RESPONSABLE DE L'ENFANT

PARENT 1

Nom et Prénom Lien de parenté.....

Adresse




 Domicile
  Portable
  Professionnel.....

Adresse Mail @

PARENT 2


Nom et Prénom Lien de parenté.....

Adresse


 Domicile
  Portable
  Professionnel.....

Adresse Mail @

PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPERER L'ENFANT

Noms	Prénoms	Lien avec l'enfant	

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Noms	Prénoms	Liens avec l'enfant	

AUTORISATIONS DE L'ENFANT

J'autorise mon enfant à être photographié et/ou filmé durant les accueils périscolaire/extrascolaire :

oui non

J'autorise que mon enfant apparaisse sur les photos ou films publiés :

Dans le Journal (L'Est Républicain) Le magazine (Murmure de le Praille)

J'autorise mon enfant à être maquillé lors des centres de loisirs

oui non

J'autorise mon enfant à quitter seul L'AL après l'activité (précisez l'heure)

oui* non

*Merci de joindre une attestation écrite en indiquant nom et prénom de l'enfant ainsi que les jours et l'heure à laquelle vous nous autorisez à laisser partir votre enfant

J'autorise le secrétariat à consulter le site de la CAF pour me faire profiter d'un tarif en fonction du quotient familial

oui **ajoutez votre numéro allocataire CAF** non

ASSURANCE EXTRASCOLAIRE DE L'ENFANT

Nom de l'organisme :

N° d'adhérent :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom :

Prénom :

N° de sécurité sociale auquel est rattaché l'enfant :

Nom et prénom du médecin traitant : 

J'autorise mon enfant à être transféré à l'hôpital ou à la clinique accompagné du ou de la directeur/directrice

oui non

ALLERGIES

Asthme	Médicaments	Alimentaires	Autres (précisez)
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

VACCINATION (se référer au carnet de santé)

VACCINS	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diptérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole			
Poliomyélite				Coqueluche			
Méningocoque C				L'Haemophilus influenzae B			
Pneumocoque				BCG			
Autres (à préciser)				Autres (à préciser)			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires : joindre SVP un certificat médical de contre-indication

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	Méningite
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Si votre enfant doit avoir un traitement particulier pour son allergie ou un soin, merci de prendre un rendez-vous avec le responsable de l'AL pour éventuellement mettre en place un PAI (Protocole d'Accompagnement Individualisé)

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

.....

L'enfant présente-t-il des problèmes de santé (maladie, accident, crises, hospitalisation, rééducation). Précisez les dates et les précautions à prendre.

.....

.....

En cas de mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI), merci de nous convier à la réunion faite en lien avec l'école et le médecin → C'est très important pour votre enfant et pour l'équipe d'animation.

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, des prothèses dentaires, des prothèses auditives, etc...

Précisez

.....

FACTURATION

En cas de garde alternée, à qui doit-on adresser la facture ?

- Père Mère
- Aux deux parents, en fonction des semaines de garde de chacun (précisez les périodes au responsable de l'AL)

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

Fait à Signature

Le

Documents à joindre :

- **Photocopie du carnet de vaccination**
- **Attestation d'assurance 2024/2025**