



ALSH périscolaire  
Et intercommunal de LALBENQUE

Commune de Lalbenque



**Fiche Renseignements Enfant**

**Enfant** (ATTENTION : Un dossier par enfant)

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

Sexe M  F  (Mettre une croix dans le  qui convient)

Né(e) le : ..... / ..... / ..... à : ..... N° du département : ..... Nationalité : .....

N° de sécurité sociale : .....

**Famille**

M. et Mme (Mariés) / Mr / Mme / Melle :

Entourez votre réponse et rayer les mentions inutiles : .....

Adresse : ..... Téléphone 1 : .....  
..... Téléphone 2 : .....  
..... FAX : .....  
Adresse de facturation : ..... E-mail : .....

Situation Familiale (Mariés, divorcé, autres) ..... **Régime** Entourez

CAF MSA Autres : .....

Nombre Total d'Enfants : ..... **N° allocataire complet** (CAF ou MSA) : .....

Nombre d'Enfants à Charge : ..... **Quotient Familial** : .....

Assurance : ..... N° de police : .....

**Fiche Père :**

**Fiche Mère :**

**Nom :** ..... **Prénom** .....

**Nom :** ..... **Prénom** .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... A : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... A : .....

Nationalité : .....

Nationalité : .....

Téléphone 1 : .....

Téléphone 1 : .....

Téléphone 2 : .....

Téléphone 2 : .....

Mobile : .....

Mobile : .....

N° de sécurité sociale : .....

N° de sécurité sociale : .....

N° Allocataire : .....

N° Allocataire : .....

Profession : .....

Profession : .....

Société : .....

Société : .....

Tel. Professionnel : .....

Tel. Professionnel : .....

Autorité Parentale : Oui / Non (Entourez la réponse)

Autorité Parentale : Oui / Non (Entourez la réponse)

## FICHE SANITAIRE

Médecin	Spécialité	Adresse	Téléphone	Ville
<b>PAI</b> OUI / NON *		<b>PPS</b> OUI / NON *		
<i>*Entourez la réponse et rayez la mention inutile. Si la réponse est OUI remettez le protocole à la DIRECTRICE</i>				

Vaccins	Dernière Vaccination	Prochaine Vaccination
BCG	_ / _ / __	_ / _ / __
COQUELUCHE	_ / _ / __	_ / _ / __
DIPHTERIE	_ / _ / __	_ / _ / __
DT POLIO	_ / _ / __	_ / _ / __
HEPATITE B	_ / _ / __	_ / _ / __
POLIOMYELITE	_ / _ / __	_ / _ / __
ROR	_ / _ / __	_ / _ / __
TETANOS	_ / _ / __	_ / _ / __
TETRACOQ	_ / _ / __	_ / _ / __

Maladies			Commentaires
ANGINE	OUI	NON	
COQUELUCHE	OUI	NON	
OREILLONS	OUI	NON	
OTITE	OUI	NON	
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	OUI	NON	
ROUGEOLE	OUI	NON	
RUBEOLE	OUI	NON	
SCARLATINE	OUI	NON	
VARICELLE	OUI	NON	

Allergie	Commentaires
ALIMENTAIRES	
ASTHME	
MEDICAMENTEUSES	
AUTRES	

<u>Antécédents Médicaux</u>	<u>Commentaires - Hospitalisation</u>

- J'autorise l'Hospitalisation de mon enfant en cas de problème (obligatoire):   
 L'établissement Hospitalier où mon enfant sera transféré sera le plus proche. J'en serai informé en temps utile.

**Fait à :** \_\_\_\_\_ **Le :** \_\_\_\_\_

**SIGNATURES** (Père, Mère, Tuteur légal)  
 Rajouter la mention "Lu et approuvé"

**Ce que vous souhaitez nous signaler Concernant votre enfant**  
**Comportement, Habitudes, Sommeil : Sieste ou pas, autres... OBSERVATIONS particulières**

--

<b><u>Autorisations OBLIGATOIRES</u></b>		<b>Commentaires</b>
J'autorise les excursions pour mon enfant (sorties collectives ou autres...)	oui / non	
J'autorise mon enfant à quitter le centre SEUL	oui / non	
J'autorise mon enfant à être filmé ou photographié	oui / non	
J'autorise la diffusion des images de mon enfant à travers des journaux, des affichages, des expos...	oui / non	
J'autorise mon enfant à prendre les transports collectifs que le centre lui proposera (car ou minibus)	oui / non	
J'autorise mon enfant à pratiquer l'équitation, le karaté et tous autres sports que le centre est en mesure de lui proposer.	oui / non	
J'autorise mon enfant à se rendre à la piscine	oui / non	
Mon enfant sait nager	oui / non	

<b><u>Personnes Autorisées à Venir Chercher l'Enfant</u></b>			
NOM et Prénom	Adresse	Téléphone	Lien avec l'enfant

<b><u>Personnes à Contacter en Cas d'Urgence</u></b>			
NOM et Prénom	Adresse	Téléphone	Lien avec l'enfant

Je m'engage à informer et signaler tout changement auprès de la responsable de la structure.

Je certifie avoir pris connaissance des horaires d'ouverture du centre, du règlement intérieur de la structure et je m'engage à le respecter en tout point.

**Fait à :**

**Le :**

**Signatures** (Père, Mère, Tuteur légal)  
Rajouter la mention "**Lu et approuvé**"

**Documents OBLIGATOIRES à fournir :**

- Livret de Famille Complet (enfants et parents)
- Photocopie d'avis d'imposition
- Justificatif du quotient familial CAF ou MSA
- Photocopie de l'assurance avec responsabilité civile
- Photocopie du carnet de vaccination

**ATTENTION :** L'enfant sera considéré comme inscrit et sous la responsabilité de l'ALSH une fois le dossier complet.