



SERVICE ENFANCE-JEUNESSE  
COMMUNE DE MONTFERRIER-SUR-LEZ



MAIRIE  
de  
MONTFERRIER-SUR-LEZ  
34980

ANNÉE 20 ... / 20 ...

STRUCTURE :  ALSH 3-10  
 Espace Jeunes

**Dossier enfant :**

- Fiche sanitaire remplie et signée
- Photocopies carnet de Vaccinations
- Copie carte sécurité Sociale

**Dossier Famille :**

- Photocopies du livret de famille
- Justificatifs de revenus : dernier avis d'imposition
- Justificatif de domicile

**Nom :**

**Prénom:**

**Pour les ados:**

**Numéro de téléphone du jeune :**

**Adresse mail du jeune :**

Date de naissance ..... / ..... / ..... Age..... Ecole ..... Classe .....  
Nom du représentant légal de l'enfant (père, mère, tuteur légal).....  
.....  
Adresse complète.....  
.....  
Code postal : ..... Ville : .....

**FAMILLE**      *Nous devons pouvoir vous joindre à tout moment de la journée*

Nom du père : ..... Nom de la mère :.....  
Portable : ..... Portable : .....  
Domicile : ..... Domicile (si différent du père) :.....  
Profession : ..... Profession :.....  
N° professionnel : .. / .. / .. / .. / ..      N° professionnel : .. / .. / .. / .. / ..  
Email (en majuscules) : .....@.....

**Si vous n'êtes pas joignable, personnes à prévenir en cas d'urgence**

Nom..... Numéro ... / ... / ... / ... / ...

Nom..... Numéro ... / ... / ... / ... / ...

**TARIFICATION**

Cochez la case correspondant à votre régime sécurité sociale :  Général/ Fonction Publique /  
RSI/ autre  
 MSA

N° de sécurité sociale

N° d'allocataire CAF

**DROIT A L'IMAGE (COCHER LA CASE)**

J'autorise l'équipe d'animation et l'organisateur à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique pour la présentation et l'illustration des centres de loisirs.

OUI  NON

**DÉCHARGE POUR LES DENRÉES ALIMENTAIRES PRÉPARÉES PAR LES FAMILLES ET APPORTÉES AU CENTRE DE LOISIRS**

L'arrêté du 9 mai 1995 réglementant l'hygiène des aliments remis directement au consommateur et le suivi des centres de loisirs par les Services Vétérinaires implique des règles d'hygiène de plus en plus strictes. L'établissement ne peut être tenu responsable de la qualité sanitaire des aliments préparés par les parents à domicile ainsi que la température lors du transport (maximum + 4°C)

Je soussigné(e) Mme, Mr.....

Certifie avoir pris connaissance du texte ci-dessus avant signature et de ce fait autorise l'équipe du centre de loisirs à donner les repas préparés et transportés par mes soins (décharge valable pour la durée du séjour de mon enfant au centre de loisirs).

Par conséquent, je décharge le personnel du centre de loisirs de la responsabilité en cas d'incident lié à l'ingestion de ces repas.

**UNIQUEMENT POUR LES ENFANTS INSCRITS A L'ALSH L'OLIVIER**

**AUTORISATIONS DE SORTIE (\* cochez la case)**

**Délégation**

J'autorise les personnes désignées ci-dessous à venir chercher mon enfant au centre de loisirs :

Nom.....Parenté.....Téléphone.....

Nom.....Parenté.....Téléphone.....

Nom.....Parenté.....Téléphone.....

**Restriction**

Je n'autorise pas (sur présentation d'un document officiel) les personnes désignées ci-dessous à venir chercher mon enfant au centre de loisirs :

NOM - PRÉNOM.....

**Départ autonome**

- J'autorise mon enfant (à partir de 6 ans) à partir seul du centre de loisirs

à midi : à..... H OUI \*  NON \*  le soir : à .....H OUI \*  NON \*

- Je soussigné(e), Mr ou Mme.....

Responsable de l'enfant désigné précédemment, **certifie avoir pris connaissance des conditions générales du fonctionnement** du centre de loisirs ou Espace jeunes ainsi que de **son règlement intérieur**.

- Je déclare y souscrire entièrement et autoriser mon enfant à participer à toutes les activités, sorties, baignades en mer ou en piscine, prévues par la Direction du Service Enfance - Jeunesse.

- Je m'engage à fournir les documents nécessaires à l'inscription et à me conformer aux modalités de paiement.

- Je m'engage, s'il y a lieu, à rembourser au Service Enfance - Jeunesse, les frais médicaux occasionnés en cas d'intervention du médecin.

Fait à Montferrier-sur-lez, le .....

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON ALSH

## L'ENFANT :

NOM : .....PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....GARÇON  FILLE

GROUPE ET RHESUS SANGUIN : .....

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

**ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE EST OBLIGATOIRE ET NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant les temps d'accueil? oui  non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants, aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

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

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ		SCARLATINE	
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 <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS			
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"/>		

**ASTHME** : oui  non  si oui, merci de fournir une ordonnance (ou le PAI) ainsi que le traitement

**ALLERGIES** : MÉDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non

AUTRES.....

**RÉGIME ALIMENTAIRE** : sans porc  sans viande  Autres : .....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR** (si automédication le signaler)

**INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crises convulsives...) **ET RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES** (diabolos, prothèse auditive...) **EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :