Dossier ALAE ALSH Année scolaire 2020/2021

Le dossier est obligatoire pour tout enfant fréquentant l'ALAE ou l'ALSH
Le dossier est à compléter ou à corriger en Rouge.

Nom de l'enfant : .....
Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : .....
Sexe : .....

Ecole: ..... Classe : .....
Type de repas : ..... (type de repas possible : normal, sans porc ou sans viande)
Droit à l'image ou son et à la diffusion : ..... Autorisation de transport : .....
Autorisation de rentrer seul : .....
Est il assuré : ..... Nom de l'assurance : ..... (joindre l'attestation de l'année scolaire)
Médecin Traitant : .....
Autorisation d'intervention médicale : .....

Votre enfant est il bénéficiaire de l'AEEH? Oui Non (entourer la bonne réponse)

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) : Oui Non (entourez la bonne réponse)
Pour toute allergie, intolérence ou régime alimentaire, un PAI doit être réalisé. Merci de nous fournir une copie.

Personnes à prévenir en cas d'accident autres que les parents (Nom, lien de parenté et Tel)	Personnes habilitées à récupérer l'enfant autres que les parents (Nom, lien de parenté et Tel)
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Si une personne non citée ci-dessus viens chercher votre enfant, elle devra être munie d'une autorisation écrite de votre part. Une pièce d'identité pourra lui être demandée

---

Nom allocataire CAF: ..... Numéro allocataire CAF : ..... Quotient: .....
Autorisation d'accès à mon compte CAF partenaire? Oui Non (entourer la bonne réponse)

Les familles doivent fournir 2 attestations par an:

En septembre: Attestation de Juin 2020
En Février: Attestation de Janvier 2021

Les familles ne fournissant aucune attestation seront facturées au tarif maximum.
Pour les parents divorcés, fournir la photocopie du jugement ou le protocole d'accord. Sans l'un de ces documents, l'enfant pourra être remis aux deux parents

---

Nom du Responsable 1 (Père ou Mère) : .... Né(e) le : .....
Prénom du responsable 1 : ..... Situation familiale : .....
Email : .....
Adresse : ....
Ville : ....
Tél. Domicile : ..... Tél. Professionnel : ..... Tél. Portable : .....
N° poste : .....

Responsable 2 (Père ou Mère) : Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....
Email : .....
Adresse : ....
Ville : ....
Tél. Domicile : ..... Tél. Professionnel : ..... Tél. Portable : .....
N° poste : .....

Je soussigné(e) ..... déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.
Fait à ....., le : ...../...../..... Signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARCON ☐ FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SEJOUR : .....

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT;
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

2 - 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					
Poliomyélite				R.O.R.	
Ou DT Polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
B.C.G.					
D.T.C.P.					
Pentavac				MONOTEST	
Prévenar					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATHISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	**OTITE**	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES ASTHME oui ☐ non ☐ MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICUTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...

PRECISEZ.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : .....PRENOM : .....

ADRESSE PENDANT LE SEJOUR : .....

.....

.....

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT(facultatif).....

Je soussigné, ... 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.

Date : Signature

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNEES DE LA STRUCTURE

MJC MONBLANC ET DU SAVES
2 RUE PRINCIPALE
32130 MONBLANC
Tél. : 05 62 62 41 88 Fax : Email : enfance.mjcmonblanc@gmail.com

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....