



Nous vous rappelons que l'inscription sera prise en compte dès que votre dossier sera complet (fiche sanitaire + **photocopie des vaccinations** + fiche d'inscription). L'ensemble des documents devra être rendu le **21 Août 2023**.



Documents demandés :

- Il faudra bien remplir **votre numéro d'allocataire CAF**. Si vous n'en avez pas ou si vos informations concernant les ressources n'y sont pas renseignées, nous vous demanderons de transmettre votre dernier **avis d'imposition**, pour établir le tarif de la séquence. Il devrait arriver fin aout, début septembre.

De plus nous vous rappelons que toutes **séquences et repas seront facturés** :

- si nous ne sommes **pas prévenus de l'absence** de l'enfant dans les délais demandés

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, toute les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :



FICHE SANITAIRE ALSH TOM POUCE 2023/2024



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles



1- L'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Garçon Fille **Classe :** _____

Ecole: _____ Enseignant : _____

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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 RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	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"/>	

Copie des vaccins à jour



Régime alimentaire particulier : sans porc , sans viande , végétarien , autres précisez

Est-ce que votre enfant à un PAI (Projet d'Accueil Individualisé)

OUI (Merci de fournir la copie)

NON

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non 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, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....
.....
.....

3- Précisions

Cocher ce que le Jeune porte :

LUNETTES LENTILLES APPAREIL PROTHESES AUDITIVES

Autorise mon enfant à être photographié, pour les projets et activités relatives à l'accueil de loisirs : Oui Non

Et à être diffusé (site internet...) Oui Non

Assureur et numéro de contrat :

(merci de fournir l'attestation d'assurance)

Numéro de sécurité sociale :

NUMERO D'ALLOCATAIRE CAF ou MSA :

(pour calculer les tarifs)

4- Famille

Nom et prénom du responsable légal.....

E-mail pour la facturation ou information :

Autorise l'envoi des factures par mail Autorise les news et mails groupés

Situation de famille :

Marié(e) Séparé(e) divorcé(e) Vie maritale Célibataire

Parent 1 :

Nom et prénom :

Adresse :

.....

N° de téléphone : N° Portable :

N° de téléphone professionnel :

Profession :

Parent 2:

Nom et prénom :

Adresse :

.....

N° de téléphone : N° Portable :

N° de téléphone professionnel :

Profession :

Autres personnes à qui l'on peut confier l'enfant :

Nom, prénom : Qualité : N° tél:

Nom, prénom : Qualité : N° tél:

Nom, prénom : Qualité : N° tél:

