

Si votre enfant n'a jamais fréquenté l'ALSH ou le Péri-scolaire pendant l'année scolaire 2017/2018, vous pouvez utiliser ce dossier pour l'été 2018 (il sera aussi valable pour l'année scolaire 2018/2019).

Si le dossier ne concerne que la rentrée de Septembre 2018, date de retour : au plus tard le 10 juillet en Mairie.



Cadre réservé au Service	
Vaccins (DT polio)	

DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS 2018-2019

SERVICE JEUNESSE

CENTRE DE LOISIRS et PERISCOLAIRE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ENFANT

NOM : Prénom : Classe (Niveau) :

Date et lieu de naissance :SEXE : F- M

Adresse :

Code postal : Ville :

Numéro d'Allocataire CAF :

Régime de sécurité sociale dont l'enfant dépend (Général, MSA, Militaire...):.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

L'enfant vit au domicile de : Ses deux parents En garde alternée Son Père* Sa Mère*

*Dans ce cas, l'autre parent est-il autorisé à récupérer l'enfant ? OUI NON

PERE :

Nom et prénom :

Adresse :

C.P. : Ville :

N°Tél du domicile :

N°Tél portable :

Profession :

N°Tél du travail :

Adresse e- mail :

MERE :

Nom et prénom :

Adresse :

C.P. : Ville :

N°Tél du domicile :

N°Tél portable :

Profession :

N°Tél du travail :

Adresse e- mail :

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT AUTRE QUE LES PARENTS

NOM PRENOM	NUMERO DE TELEPHONE	LIEN AVEC L'ENFANT	A prévenir en cas d'urgence (cocher la case)	Autorisé à venir chercher l'enfant (cocher la case)

DECLARATION DU/ DES RESPONSABLE(S) LEGAL/LEGAUX

Je soussigné(e) Mme / Mr :

- ✓ Atteste avoir contracté une assurance extrascolaire auprès de la compagnie d'assurance numéro de contrat : (inutile de fournir une attestation).
- ✓ Autorise mon enfant à pratiquer l'ensemble des activités organisées lors des différents temps d'accueil du service jeunesse ;
- ✓ Autorise les responsables du centre de loisirs et du périscolaire à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins ;
- ✓ Autorise le service jeunesse à photographier mon enfant dans le cadre des activités et à diffuser les images (journal et site internet de la commune, presse...) ;
- ✓ Autorise le service jeunesse à accéder à l'espace sécurisé de la Caisse d'Allocations Familiales afin de prendre connaissance de mon Quotient Familial pour la facturation du Centre de Loisirs ;
- ✓ M'engage à informer le service jeunesse de tout changement qui interviendrait en cours d'année (adresse, téléphone, situation familiale, personnes autorisées...) ;
- ✓ M'engage à payer les frais d'inscription, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale éventuels ;
- ✓ Déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et en accepter les termes ;
- ✓ Certifie exacts tous les renseignements portés sur ce document et la fiche sanitaire ci-après ;

J'autorise* / Je n'autorise pas * la Commune de NEOULES à utiliser mes coordonnées dans le cadre de la diffusion de supports de communication.

**rayer la mention inutile*

Fait à NEOULES, le..... Signature(s) :

DOCUMENTS A FOURNIR AVEC LE DOSSIER

Photocopie du carnet de santé :

Pages « Vaccination Diphtérie Tétanos Poliomyélite »

La fiche d'inscription aux activités où vous souhaitez inscrire votre enfant.

En cas d'autorité parentale non-conjointe ou d'interdiction de récupérer l'enfant par un de ses deux parents : une copie du jugement.

Si vous n'êtes pas allocataire CAF : votre avis d'imposition 2017 sur le revenu 2016 pour toute inscription à l'ALSH.

Important :

Si votre enfant fait l'objet d'un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé), merci de prendre un rdv pour la remise du dossier 04.94.72.64.68. (Virginie).

Le P.A.I. et le traitement médical devront être fournis au plus tard la semaine précédant la rentrée.

**MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT**

NOM :	PRENOM :
--------------------	-----------------------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Animation Jeunesse. Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

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

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical ? 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 ALLERGIES SUIVANTES :

- > ASTHME Oui Non
- > ALIMENTAIRES Oui Non
- > MEDICAMENTEUSES Oui Non
- > AUTRES (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir** (Si automédication le signaler).

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? Oui Non

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

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : **PRENOM :**

TEL DOMICILE **TEL TRAVAIL** : **TEL PORTABLE**

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) :(OBLIGATOIRE)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL