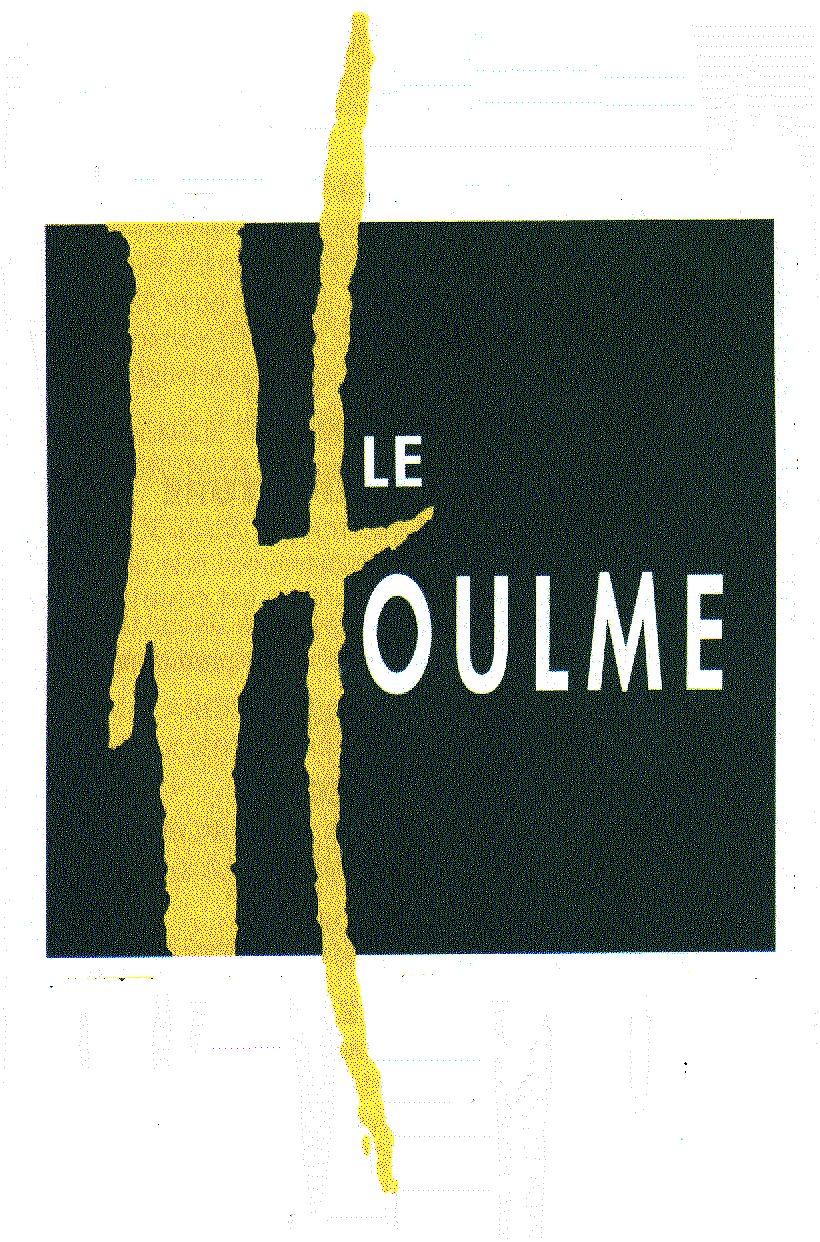
Fiche de renseignement extrascolaire 2024/2025

Ville de Le Houlme

Si PAI ou Tout autre problème de santé

Coller la photo d’identité de l’enfant





**ACCUEIL DE LOISIRS MUNICIPAL**

***Joindre obligatoirement :***

* Copie du carnet de vaccination (pages des vaccins)
* Copie de l’attestation de paiement CAF ou MSA de moins de 3 mois
* Copie du Protocole d’Accueil Individualisé si mis en place + Photo d’identité en cas de PAI

**Identité de l’enfant AGE bbbbbbbbbbbbb**

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Responsables légaux** | |
| Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Parenté : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Parenté : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Situation familiale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Situation familiale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Adresse postale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Adresse postale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Portable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Domicile : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Portable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Domicile : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Profession : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Profession : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Employeur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Employeur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Téléphone travail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Téléphone travail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| N° Sécurité sociale couvrant l’enfant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nom de la mutuelle : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| L’enfant est-il en garde alternée ? O oui O non | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Généralité** | | | | | | |
| Régime allocataire (CAF, MSA, Autre…) :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CAF de référence : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | N° allocataire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Quotient familiale :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **Renseignements médicaux concernant l’enfant** | | | | | |
| Vaccins | Dates des derniers rappels | Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies | | | |
| DT Polio |  | Suivantes ? | | Oui | Non |
| BCG |  | Angine | |  |  |
| Hépatite B |  | Otite | |  |  |
| ROR |  | Rougeole | |  |  |
| Coqueluche |  | Oreillon | |  |  |
| Méningite |  | Rubéole | |  |  |
| Autre : | | Coqueluche | |  |  |
|  |  | Scarlatine | |  |  |
|  |  | Rhumatisme articulaire aigu | |  |  |
|  |  | Varicelle | |  |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L’enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour?  ***Si oui*** *joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Boîte de medicaments dans l’emballage d’origine marqué au nom de l’enfant avec la notice.* | Oui | Non |
| Avez-vous signé un **PAI** pour l’enfant ? ***Si oui*** *joindre obligatoirement une copie.* | Oui | Non |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Allergies et recommandations** | | | |
| **Allergies :** | Lesquelles ?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Conduite à tenir :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Médicaments, Alimentaire, Autre … |
| **Asthme :** | O Oui O Non  Si oui, ramener certificat médical et trousse à son nom avec le traitement. | Conduite à tenir :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Votre enfant a-t-il des difficultés de santé ? maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation… en précisant les dates et les précautions à prendre / lunettes, diabolos… : | | | |
| **ALIMENTATION : (Entourez si votre enfant est concerné)** | | | |
| Ne mange pas de porc | | | Ne mange pas de viande |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Autorisations** | **Autorise** | **N’autorise pas** |
| J’autorise ou je n’autorise pas mon enfant à : |
| Faire la sieste (pour les moins de 6 ans) |  |  |
| Être maquillé |  |  |
| Participer aux sorties dont la piscine |  |  |
| Être pris en photo dans le cadre des activités de l’ALSH, la diffusion des photos dans la presse locale et municipale. |  |  |
| Être pris en photo ou vidéo pour la diffusion sur :   * Facebook « service enfance/jeunesse le houlme » * Facebook « Ville du Houlme » * Le site des séjours de la mairie de Le Houlme * Ou l’utilisation des images pour un film ou album qui pourraient être réalisés à l’issus des séjours. |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Repartir seul de l’accueil de loisirs à 17h00 |  |  |
| 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. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personnes autorisées ou interdites à récupérer l’enfant** | | | | |
|  | Nom | Prénom | Lien avec l’enfant | Téléphone |
| O Autorise  O Interdite |  |  |  |  |
| O Autorise  O Interdite |  |  |  |  |
| O Autorise  O Interdite |  |  |  |  |

MEDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Je soussigné, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche*.***
* **En ne m’opposant pas, j’accepte que les informations contenues dans ce document puissent être transmises :**
* Aux différents services interne de la Mairie de Le Houlme,
* Au trésor public en cas de recouvrement public,
* Aux pompiers et services hospitaliers en cas d’accident,
* À la CAF en cas de contrôle.

**Déclare avoir pris connaissance et accepter les conditions du règlement de fonctionnement de l’ALSH.**

**Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Signature :**