



Ville de Le Houleme

Fiche de renseignement extrascolaire 2020/2021

ACCUEIL DE LOISIRS MUNICIPAL

Coller la photo
d'identité de
l'enfant

Si PAI ou Tout
autre problème de
santé

Joindre obligatoirement :

- Copie du carnet de vaccination
- 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 ou problème de santé

Identité de l'enfant		AGE
Nom : _____		
Prénom : _____		
Date de naissance : _____		Lieu de naissance : _____
Adresse : _____		

Responsables légaux	
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Parenté : _____	Parenté : _____
Date de naissance : _____	Date de naissance : _____
Situation familiale : _____	Situation familiale : _____
Adresse postale : _____	Adresse postale : _____
_____	_____
_____	_____
Portable : _____	Portable : _____
Domicile : _____	Domicile : _____
Mail : _____	Mail : _____
Profession : _____	Profession : _____
Employeur : _____	Employeur : _____
Téléphone travail : _____	Téléphone travail : _____
N° Sécurité sociale couvrant l'enfant : _____	
L'enfant est-il en garde alternée ? O oui O non	
Si oui : Semaine père O Impaire O paire - Semaine mère O Impaire O paire	

Généralité	
Régime allocataire (CAF, MSA, Autre...) : _____	N° allocataire : _____
CAF de référence : _____	Quotient familiale : _____

Renseignements médicaux concernant l'enfant

Vaccins	Dates des derniers rappels	Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?		
		Oui	Non	
DT Polio				
BCG				
Hépatite B				
ROR				
Coqueluche				
Méningite				
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?	Oui	Non
<i>Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Boîte de médicaments dans l'emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice.</i>		
Avez-vous signé un PAI pour l'enfant? <i>Si oui joindre une copie.</i>	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... :

Autorisations	Autorise	N'autorise pas
J'autorise ou je n'autorise pas mon enfant à :		
Faire la sieste (pour les moins de 6 ans)		
Manger du porc		
Etre maquillé		
Participer aux sorties dont la piscine		
Etre pris en photo dans le cadre des activités de l'ALSH, la diffusion des photos dans la presse locale et municipale		
Etre pris en photo ou vidéo pour la diffusion sur le site facebook "service enfance/jeunesse le houlme" et/ou le site des séjours de la mairie de Le Houleme ainsi que l'utilisation des images pour un film ou album qui pourraient être réalisés à l'issus du séjour.		
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				
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.**
- **J'accepte que les informations contenues dans ce document puissent être transmises :**
 - Aux différents services interne de la Mairie de Le Houleme,
 - Au trésor public en cas de recouvrement public,
 - Aux pompiers et services hospitaliers en cas d'accident,
 - À la CAF en cas de contrôle.

Date: ____/____/____

Signature: