Fiche de renseignement extrascolaire 2022/2023

Ville de Le Houlme

Coller la photo d’identité de l’enfant

Si PAI ou Tout autre problème de santé





**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 NonSi 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)  |  |  |
| 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 Houlme 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 |  |  |  |  |

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 :**