



3/6 ans (maternelle) 7/10 ans (primaire) Ados

MEROUX-MOVAL

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET SANITAIRE 2024-2025 ALSH Accueil de Loisirs/Club Ados

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE

Pour tout autre renseignement n'hésitez pas à nous contacter.

Coordonnée : periscolaire@meroux-moval.fr ou au 07 81 11 94 71 / 03 70 04 81 79

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :/...../..... Garçon Fille Age révolu : Classe :

Documents à joindre au dossier : NE PAS AGRAFER LES DOCUMENTS – MERCI

<input type="checkbox"/> Fiche de renseignement/sanitaire	<input type="checkbox"/> Photo d'identité (1 exemplaire, ne pas agraffer)
<input type="checkbox"/> Photocopie du carnet vaccination	<input type="checkbox"/> Attestation d'assurance extrascolaire
<input type="checkbox"/> Coupon règlement intérieur	<input type="checkbox"/> Coupon guide de la restauration scolaire

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Parent 1	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE PARENT 1
	ADRESSE :		
	TEL	TEL PRO	ADRESSE MAIL
Parent 2	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE PARENT 2
	ADRESSE :		
	TEL	TEL PRO	ADRESSE MAIL

Garde de l'enfant : Conjointe Père Mère Par Alternance

Restauration scolaire : Repas traditionnel Repas sans viande

J'autorise le secrétariat à consulter le site de la CAF pour me faire profiter d'un tarif en fonction du quotient familial

OUI NON Si OUI Numéro allocataire CAF (obligatoire) :

En cas de problème, si les parents sont injoignables, personnes à prévenir en cas d'urgence :

NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE
TEL	TEL PORTABLE	
NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE
TEL	TEL PORTABLE	

Nom de l'organisme :

DECHARGE DE RESPONSABILITE : J'autorise mon enfant à quitter l'accueil de loisir avec :

NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE
☎ TEL	☎ TEL PORTABLE	
NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE
☎ TEL	☎ TEL PORTABLE	

Mon enfant peut quitter le lieu d'accueil ALSH seul : OUI NON
 Mon enfant peut quitter les études dirigées seul : OUI NON Pas concerné

DROIT DES LIBERTES :

J'autorise la prise de photos ou vidéos OUI NON
 J'autorise la diffusion de photos ou vidéos OUI NON
 J'autorise l'utilisation de mon adresse mail pour toute correspondance OUI NON

Ces restrictions ne pourront pas s'appliquer aux photos ou vidéos collectives. Les diffusions ne seront aucunement réalisées à des fins commerciales.

MODALITES DE PAIEMENT :

Les factures mensuelles sont à envoyer à : M ou Mme

Adresse :

Date de naissance : Employeur :

Je m'engage à régler les sommes dues à la réception des factures Signature

FICHE SANITAIRE [Joindre une copie des vaccins à jour](#)

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

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

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant l'accueil ? 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 et la posologie**). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

ALLERGIES : Asthme Alimentaires :
 Médicamenteuses: Autres:

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, merci de 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**.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné (e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à : Date :Signature :