



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ALSH LE HOULME



Clique droit
pour imprimer

FICHE FAMILLE :

RESPONSABLES :

Nom et prénom : _____ qualité : _____

Nom et prénom : _____ qualité : _____

Adresse : _____

Mail : _____

• Nom de la mutuelle : _____ N°SS : _____

• N° Allocataire CAF : _____

• Catégorie socio professionnelle :

REGIME GENERAL Salariés du secteur privé, des entreprises artisanales, commerciales / Travailleurs indépendants, artisans commerçants et professions libérales/Inactifs sans revenus de substitution/Inactifs avec revenus de substitution du régime général (retraite, pensions, chômage, maladie, maternité, AT, RSA, AAH, APE,...)/ Fonction publique hospitalière/Fonction publique territoriale (mairies, conseil général et régional)/ Agents contractuels des administrations d'Etat/Agents titulaires de la fonction publique d'Etat/ Agents titulaires de l'éducation nationale/Artistes, auteurs, compositeurs/La poste/France Télécom/Union minière

MSA Salariés et exploitants agricoles/Ostréiculteurs/Salariés des caves coopératives/salariés des parcs et jardins/Aides familiaux agricoles/Salariés du crédit agricole/Salariés des golfs....

AUTRES REGIME Caisse maritime/Caisse nationale de navigation intérieure/EDF GDF/SNCF et filiales/ RATP

ENFANTS :

<u>Nom prénom des enfants</u>	<u>Dates de naissances</u>	<u>Ages</u>

• En cas de séparation / divorce, préciser qui dispose de l'autorité parentale et/ou garde de l'enfant : **Le père** **La mère** **Les deux** Ne pas oublier de joindre la copie de la décision judiciaire

PERSONNES A CONTACTER / TELEPHONES :

Père : _____ / _____ / _____

Mère : _____ / _____ / _____

Autres personnes (préciser) : _____

Personnes (autre que les responsables) autorisées à récupérer les enfants (préciser le lien) :

FINANCIER :

Revenu mensuel (d'après le revenu net imposable)	Aides de le CAF	TOTAL	Nbre de parts	QF (total/nbr de parts)	TARIF
					TRANCHE

Je soussigné : _____ responsable de ou des enfants désignés ci-dessus, atteste l'exactitude des renseignements.

Le Houlme, le ____/____/____

Signature :

Documents à fournir	
Fiche Famille complétée et signée	
Fiche de réservation et fiche sanitaire	
Règlement intérieur	
Les aides financières aux loisirs (CAF)	
Attestation CAF	
Feuille d'imposition de l'année précédente	



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom de l'enfant : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Age : _____

Garçon Fille

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio					
Ou Tétracoq					
BCG					

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 MEDICAUX CONERNANT L'ENFANT

- L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI NON

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)

- Avez vous signé un PAI pour l'enfant? OUI NON

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

	OUI	NON		OUI	NON
Rubéole			Rougeole		
Varicelle			Oreillons		
Angine			Scarlatine		
Otite			Rhumatisme articulaire aigü		
Coqueluche					

Allergies :	Lesquelles?	Conduite à tenir :
Médicaments		
Alimentaire		
Asthme		
Autre		

- **Votre enfant a-il des difficultés de santé : maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, operation, reeducation... en précisant les dates et les precautions à prendre :**

- **Recommandations utiles des parents :**

Votre enfant porte t-il ds lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, dentaires... précisez :

Votre enfant :	Autorise	N'autorise pas
Mange du porc?		
Peut être maquillé		
Participe aux sorties piscine		
Peut être pris en photo dans le cadre des activités de l'ALSH, la diffusion des photos dans la presse locale et municipale		
À le droit de repartir seul de l'accueil de loisirs à 17h00		
Fait la sieste (-de 6 ans)		

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ET PRENOM : _____

ADRESSE : _____

PERSONNES A CONTACTER	TELEPHONE	TELEPHONE
PERE :		
MERE :		
AUTRE :		
AUTRE :		

MEDECIN TRAITANT : _____

- *Je soussigné, _____ responsable légal de l'enfant, declare exacts les renseignements portés sur cette fiche et 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.*
- *Si un traitement médical doit survenir en cours d'année, merci de le signaler au responsable de la structure. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*

Date: ____/____/____ Signature: _____