



# Accueil de Loisirs sans Hébergement

BIARS-SUR-CERE

3 - 10 ans (Maternel/Primaire)

Maison de l'Enfance 05.65.38.61.59

Mail : [maisonenfancebiars@cauvaldor.fr](mailto:maisonenfancebiars@cauvaldor.fr)

Photo  
Obligatoire

## FICHE ENFANT

Année scolaire **2021-2022**

NOM ..... PRENOM ..... Date de naissance .....

Sexe : Fille  Garçon  Poids : ..... kg Taille: ..... cm Sieste oui  non

Ecole Maternelle  Ecole Elémentaire  Institution (IME, ITEP, IEM, IES...)  Ecole à Domicile  Classe : .....

Nom de l'Ecole ou de l'Institution .....

L'enfant bénéficie-t'il d'un P.P.S. (Projet Personnalisé de scolarisation) ? Oui  Non  Ne souhaite pas répondre

Le PPS propose des dispositifs tels que : AVS / AESH – ULIS – Matériel adapté...

Pour garantir la qualité de l'accueil une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant.

Bénéficiaire de l'AEEH (Allocation d'Education Enfant Handicapé) ? Oui  Non  Ne souhaite pas répondre

Pour garantir la qualité de l'accueil une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant.

Recensement du nombre de bénéficiaires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé à des fins statistiques pour la CAF. Cette valorisation peut permettre selon les situations l'octroi de financement pour améliorer la prise en compte des besoins

Suivi Complémentaire : CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de jour Oui  Non  Ne souhaite pas répondre

Pour garantir la qualité de l'accueil une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant.

### VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant et joindre les copies).

Vaccins OBLIGATOIRES	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins RECOMMANDES	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre le certificat médical de contre-indication.

Ce tableau permet de recueillir des informations concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs). Elle évite de vous démunir de votre carnet de santé.

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom du médecin traitant : ..... Ville : ..... Tél. : .....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : Asthme Oui  Non  Médicamenteuses Oui  Non   
Alimentaire Oui  Non  Autres troubles de Santé.....

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? Oui  Non

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

L'enfant a-t-il un **PAI** (Protocole d'Accueil Individuel) ? Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente, le PAI et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Indiquez ci-après les difficultés de santé éventuelles ou des rdv de suivi extérieur pendant le temps ALSH :

.....  
.....

Recommandations utiles des parents (votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc.). Précisez :

.....

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant autre que le responsable.

Nom et Prénom	Lien de parenté	Mobile	Tél fixe

Je soussigné(e) ..... responsable de l'enfant,

autorise  n'autorise pas  l'ALSH à prendre des photos ou filmer mon enfant dans le cadre d'une communication interne ou externe (article de presse, exposition, souvenirs...).

autorise  n'autorise pas  mon enfant à participer à toutes les activités et à être transporté.

autorise  n'autorise pas  l'ALSH à administrer du paracétamol (Doliprane) à mon enfant en cas d'urgence (montée de fièvre).

Parents séparés :

autorise  n'autorise pas  l'ALSH à remettre mon enfant à son papa/sa maman. En cas de refus, fournir le délibéré du tribunal, pour que cette déclaration soit validée.

Je certifie que mon enfant ne présente aucune contre-indication médicale à la pratique des activités physiques et sportives.

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

**Documents à fournir :**

- Fiche Famille et Fiche Enfant
- Photocopie des vaccinations
- Annexe 1 du règlement intérieur signé
- Attestation assurance extra-scolaire en cours de validité
- Quotient familial : justificatif CAF ou avis d'imposition si non affilié
- Particularité médicale : certificat de contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives, protocole d'accueil infantile, certificat médical et autorisation parentale pour toutes médications demandées à l'ALSH, autres .....
- Parents séparés avec interdiction de visite imposé par le tribunal : délibéré de justice.

**IMPORTANT : aucun enfant ne pourra être admis sans dossier complet.**