



Place de la Mairie - 86340 ASLONNES - 06 86 24 17 33 - alshaslonnes@valleesduclain.fr

**ENFANT**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....  FILLE  GARÇON

ADRESSE : .....

.....

Numéro Allocataire CAF ou MSA : .....  
(ou à défaut, joindre votre avis d'impôt 2019)

ETABLISSEMENT SCOLAIRE FRÉQUENTÉ : .....

**PARENTS**

GARDE PARENTALE :  CONJOINTE  
 PARTAGÉE ou  EXCLUSIVE :  père  mère  
 AUTRE (Tuteur, ...)

PARENT 1:  Père  Mère  Tuteur

NOM : .....

PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

.....

Tél domicile : .....

Tél portable : .....

Em@il : .....

Employeur : .....

Tél professionnel : .....

PARENT 2:  Père  Mère  Tuteur

NOM : .....

PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

.....

Tél domicile : .....

Tél portable : .....

Em@il : .....

Employeur : .....

Tél professionnel : .....

- Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autres que les parents):

Nom	Prénom	Lien de parenté	Numéro de téléphone

- Documents à nous fournir avec le dossier :**
  - Attestation d'assurance extra-scolaire
  - Photocopie des vaccinations



## Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.  
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé.

**Enfant :**  fille  garçon Date de naissance : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Afin d'accueillir votre enfant dans les meilleures conditions, **merci de préciser les points suivants :**

**La sieste :** L'enfant fait-il la sieste ?  oui, combien de temps : .....  non  
A-t-il un doudou ?  oui  non

**Le repas :** L'enfant mange-t-il bien habituellement ?  oui  non

**Les toilettes :** Faut-il solliciter votre enfant ?  oui  non

**Pensez à marquer tous les effets personnels de votre enfant (vêtements, chaussures et .... le doudou !)**

### I - Vaccinations :

**Joindre obligatoirement les photocopies des vaccinations de votre enfant (DT Polio).**

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

### II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ?  oui  non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

**Attention ! Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

<b>Rubéole</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Varicelle</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Angine</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Scarlatine</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Coqueluche</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Otite</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Rougeole</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Oreillons</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

### • **Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) :**

Votre enfant présente-t-il des difficultés susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil ?  
maladies, épilepsie, allergies, diabète, port de lunettes, de diabolos, de prothèses auditives, handicap, ...  oui  non

Si oui, lesquelles .....

Conduite à tenir : .....

Ces difficultés nécessitent-elle la mise en place d'un accueil individualisé ?  Oui (fournir le protocole)  non

Percevez-vous l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) ?  Oui (fournir une attestation)  non

Votre enfant bénéficie-t-il de l'aide d'une auxiliaire de vie à l'école (A.V.S.)  oui  non

- L'enfant suit-il un **régime alimentaire particulier**?  Sans porc  
 Autres : .....

### III - Responsable légal de l'enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Tél. travail : ..... Tél. portable : .....

N° Sécurité Sociale : ..... Mutuelle : .....

Nom du médecin traitant : .....

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

Date :

Signature :

## Formulaire de recueil de consentement

Nom et prénom de l'enfant : .....

Les informations à caractère personnel recueillies par l'Accueil de Loisirs de Vivonne, géré par la Communauté de Communes des Vallées du Clain font l'objet d'un traitement informatisé destiné à :

- L'accompagnement de l'enfant dans son quotidien par le personnel de la structure (gestion des dossiers d'inscription, mails ou appels quand l'enfant est malade...);
- La transmission médicale aux pompiers ou au Samu lors d'une urgence médicale (fiche sanitaire);
- A la facturation : des données personnelles sont envoyées à la Communauté de Communes puis au Trésor public ;
- A des fins de contrôle de la structure par la Caisse d'Allocations Familiales ou la Protection Maternelle et Infantile.

J'accepte que ces informations soient conservées le temps nécessaire à leur utilisation, archivées dans un espace dédié.

Je certifie exacts les renseignements portés sur ce dossier et m'engage à signaler toute modification le cas échéant.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles (Loi RGPD du 25 mai 2018 : loi du Règlement Général sur la Protection des Données), je dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de celles-ci, ainsi que du droit de retirer mon consentement à tout moment en contactant l'Accueil de Loisirs de Vivonne ou la Communauté de Communes des Vallées du Clain.

→ J'ai bien pris connaissance du règlement intérieur et en accepte les conditions :  oui  non

→ J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées et à prendre les moyens de transport utilisés pour se rendre à l'ALSH ou aux activités :  oui  non

→ J'autorise l'ALSH à **utiliser** les images fixes ou animées de mon enfant qui pourront être réalisées lors des activités ou des sorties pour afficher ou informer, uniquement dans les locaux :  oui  non

→ J'autorise l'ALSH à **diffuser** les images fixes ou animées de mon enfant sur les supports de communication de la collectivité (flyers, internet, presse...) :  oui  non

→ J'ai bien pris connaissance que la Communauté de Communes décline toute responsabilité concernant la diffusion d'images par les enfants :  oui  non

→ J'autorise mon enfant à rentrer seul et décharge l'ALSH de toute responsabilité concernant l'enfant :  oui  non

	Nom	Signature
Mis à jour le :		
Mis à jour le :		
Mis à jour le :		
Mis à jour le :		
Mis à jour le :		