

FEUILLE D'INSCRIPTION A.L.S.H. ET SEJOUR

Année 2023/2024



L'ENFANT

Photo
à coller ou à agraffer

NOM

Prénom

Date de naissance

Lieu de naissance

N° de Sécurité Sociale

_ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

Carte n°

Régime alimentaire

LES PARENTS

| | Mère | Père |
|--------------------------------|------|------|
| Nom + Prénom | | |
| Adresse | | |
| Téléphone Fixe | | |
| Téléphone Portable | | |
| Courriel | | |
| Nom de l'employeur | | |
| Adresse | | |
| Téléphone Travail/ n° poste | | |

N° Allocataire CAF de la Moselle

| Personnes autorisées à venir chercher mon enfant | | | |
|--|--------|-----------------|-----------|
| Nom | Prénom | Lien de parenté | Téléphone |
| | | | |
| | | | |

J'autorise à titre gracieux l'association Phalsbourg Loisirs à fixer l'image de mon enfant durant les activités de l'association auxquelles il/elle participe, ainsi qu'à reproduire, modifier et utiliser ces images dans le cadre des actions de promotion de l'association.

La présente autorisation s'applique à tous supports (écrit, électronique et audio-visuel) pour une durée illimitée. L'association s'engage à ce que la publication et la diffusion de l'image de l'enfant ainsi que des commentaires l'accompagnant ne portent pas atteinte à la vie privée, à la dignité et à la réputation de l'enfant.

Oui Non

Fait à Phalsbourg, le

Signature :

Réservé au secrétariat

| A.L.S.H. | S1 | S2 | S3 | S4 | S5 | SEJOUR | Autres |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Toussaint | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> "Tous à la montagne" | <input type="checkbox"/> |
| Hiver | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | <input type="checkbox"/> |
| Printemps | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | <input type="checkbox"/> |
| Été | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

Fiche sanitaire

de liaison

1 - Enfant

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Garçon Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles à l'accueil de votre enfant (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L. 227-4 du CASF). Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle doit être réactualisée chaque année.

2 - Vaccinations - Fournir une copie des pages "vaccinations" du carnet de santé

Repères calendrier dernier rappels : 18 mois – 6 ans – entre 11 et 13 ans – 25 ans ...etc...

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant

| Vaccins obligatoires Enfants nés à partir du 1 ^{er} janvier 2018 | Nom du vaccin | Date du dernier rappel |
|--|---|---------------------------|
| Diphtérie + tétanos + poliomyélite + coqueluche + l'infection à Haemophilus influenzae b + l'hépatite B + méningocoque C, + pneumocoque, + rougeole + oreillons + rubéole | | |
| Vaccins obligatoires Enfants nés avant 2018 | Nom du vaccin (Revaxis, Infanrixquinta...) | Date du dernier rappel |
| DT Polio (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite) | | |

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

3 - Renseignements médicaux concernant l'enfant

Poids : Taille : (en cas d'urgence)

L'enfant suit-il/elle un **traitement médical** pendant le séjour ? Non Oui

Si **oui**, joindre une **ordonnance récente** et les **médicaments** correspondants.

(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, avec la notice, marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

Médecin traitant

Nom : Tel :
Adresse :

ASTHME :

Non Oui

ALLERGIES :

- Alimentaires Non Oui à :
- Médicamenteuses Non Oui à :
- Autres (animaux, plantes, pollen) Non Oui à :

Si oui, préciser la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.
Si automédication, le signaler.

AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) - Précisez les dates et les précautions à prendre :

Votre enfant bénéficie-t-il/elle d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ? Non Oui
Si oui, prendre rendez-vous avec l'équipe de direction de l'accueil

4 - Recommandations utiles des parents

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, difficultés particulières...

5 - Responsable de l'enfant

Nom : Prénom :

Adresse :

Tel : Tel (Lieu de travail) :

Je soussigné-e, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le/la 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 :