

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

Année 2025/2026



## 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 <sup>er</sup> 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 DIFFICULTES 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 :