

### L'ENFANT

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de Naissance : .....  
Lieu : .....  
Adresse : .....  
.....  
CP : ..... Ville : .....  
École fréquentée : .....  
Classe : .....

### FRERES & SOEURS FREQUENTANT LA STRUCTURE

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de Naissance : .....  
Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de Naissance : .....  
Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de Naissance : .....  
Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de Naissance : .....

### ALLOCATIONS FAMILIALES

Nom & Prénom de l'allocataire : .....  
Régime : .....  
N° d'Allocataire : ..... Quotient Familiale : .....

FOURNIR L'ATTESTATION CAF INDIQUANT LE QUOTIENT FAMILIALE

### PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

UNE COPIE DE LA CARTE D'IDENTITÉ DOIT ÊTRE FOURNIS AU PREALABLE

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... Tel : .....  
Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... Tel : .....

### DOCUMENTS ET PIECES OBLIGATOIRE A JOINDRE

- 1 photo d'identité de l'enfant
- La photocopie des vaccinations du carnet de santé
- La fiche sanitaire donnée par la structure remplie et signée

- (le justificatif de l'autorité parentale pour les couples séparés ou divorcés)
- Attestation de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF)
  - l'attestation d'assurance civile de l'année en cours.

### PARENT 1

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
CP : ..... Ville : .....  
Profession : .....  
Lieu de Travail : .....  
Portable: ..... Autre : .....  
E-Mail : .....  
Situation Familiale :  
 Marié  Divorcé  Pacsé  
 Concubinage  Autre : .....

### PARENT 2

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
CP : ..... Ville : .....  
Profession : .....  
Lieu de Travail : .....  
Portable: ..... Autre : .....  
E-Mail : .....  
Situation Familiale :  
 Marié  Divorcé  Pacsé  
 Concubinage  Autre : .....

### IDENTIFICATION

Nom : .....  
Prénom : .....



### VACCINATION

VACCINS OBLIGATOIRE	OUI	NON	DATE DERNIER RAPPELS
Diphthérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
ou DT Polio			
ou Tétracoq			

VACCINS RECOMMANDÉS	DATE DU VACCIN
BCG	
Hépatite B	
ROR	
Coqueluche	
Autres (Préciser)	

### RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médicale ?  OUI  NON

L'enfant est-il allergique ?

Asthme :  OUI  NON

Alimentaire :  OUI  NON

Médicamenteuse :  OUI  NON

Autres :  OUI  NON

En cas d'allergie un Plan d'accueil individualisé (Protocole PAI) sera mis en place par le médecin PMI et la directrice

L'enfant à-t-il eu les maladies suivantes ?

Varicelle :  OUI  NON

Rubéole :  OUI  NON

Oreillons  OUI  NON

Angine :  OUI  NON

Rhumatisme :  OUI  NON

Scarlatine :  OUI  NON

Coqueluche  OUI  NON

Otites :  OUI  NON

Rougeole :  OUI  NON

Régime alimentaire spécifique :  OUI  NON

Précisez : .....

Indiquer ci-après :

Les difficultés de santé (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Recommandations utiles des parents

(Vos enfants porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc ... Merci de préciser)

Je soussigné(e) ....., agissant en ma qualité de responsable légal de l'enfant sus nommé :

- Certifie que mon enfant n'est atteint d'aucune maladie contagieuse ou transmissible.
- Lui permet de prendre part à toutes les activités organisées par l'ALSH Oasis, y compris les sorties collectives nécessitant un transport en autocar.
- Autorise la directrice de l'ALSH Oasis à déléguer au SAMU la décision d'une hospitalisation si son état le nécessite.
- J'autorise toute personne de l'ALSH Oasis à photographier et/ou filmer mon enfant dans le cadre des activités du centre (Rayez en cas de refus).
- Accepte sans réserve, les termes du règlement intérieur de l'ALSH Oasis.

Fait à Aix-en-Provence le .....

Signature (précédée de la mention "lu et approuvé")



ACCUEIL DE LOISIR SANS HEBERGEMENT "L'OASIS"  
AUTORISATION PARENTALE  
DE SORTIE AUTONOME

VALIDITÉ PERMANENTE  
A REMPLIR PAR LES PARENTS

IDENTIFICATION

Nom : .....  
Prénom : .....

Je soussigné Mme, Mr .....  
Parents ou responsable de l'enfant :

Nom : .....  
Prénom : .....

Autorise mon enfant à rentrer seul à notre domicile (préciser l'adresse) :  
.....  
.....

CP :  Ville : .....

Date et signature :