

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 :
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.
 - Attestation MDPH ou Attestation AEH (si concerné)

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
Diphtérie			
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

Angine : ☐ OUI ☐ NON

Scarlatine : ☐ OUI ☐ NON

Otites : ☐ OUI ☐ NON

Rubéole : ☐ OUI ☐ NON

Rhumatisme : ☐ OUI ☐ NON

Coqueluche : ☐ OUI ☐ NON

Rougeole : ☐ OUI ☐ NON

Oreillons : ☐ OUI ☐ NON

Régime alimentaire spécifique : ☐ OUI ☐ NON

Précisez :

Souhaitez vous que l'ALSH commande un repas sans viande ? ☐ OUI ☐ NON

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

(Pas de sieste proposé, Votre 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 LOISIRS 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 :