

# DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS

## LA FAMILLE

### RESPONSABLES LEGAUX

RESPONSABLE LEGAL 1	RESPONSABLE LEGAL 2
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur/Tutrice Nom et prénom : ..... Adresse : ..... ..... CP : ..... Commune : ..... Tél domicile : ...../...../...../...../..... Tél portable : ...../...../...../...../..... E-mail : ..... <b>Profession</b> : ..... <b>Nom de l'employeur</b> : ..... <b>Adresse de l'employeur</b> : ..... ..... Tel travail : ...../...../...../...../..... N° de sécurité sociale : .....	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur/Tutrice Nom et prénom : ..... Adresse : ..... ..... CP : ..... Commune : ..... Tél domicile : ...../...../...../...../..... Tél portable : ...../...../...../...../..... E-mail : ..... <b>Profession</b> : ..... <b>Nom de l'employeur</b> : ..... <b>Adresse de l'employeur</b> : ..... ..... Tel travail : ...../...../...../...../..... N° de sécurité sociale : .....

### SITUATION FAMILIALE

Mariés  Pacsés  Séparés  Divorcés  Vie maritale/ Concubinage  Parent seul

Si séparés ou divorcés, personne ayant la charge des enfants :

Mère  Père  Garde alternée (*joindre obligatoirement une copie de l'acte de divorce, ou à défaut un courrier signé des deux parents stipulant l'alternance mise en place*)

Autre tiers : .....

Famille d'accueil

(Rayer la mention inutile)

- **J'autorise / je n'autorise pas** mon enfant à rentrer seul à la fin de l'activité.

### PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (en dehors des responsables légaux)

Attention : Lors de la récupération de l'enfant, les personnes majeures désignées devront obligatoirement présenter une pièce d'identité. Pour les personnes mineures se référer au règlement intérieur « Autorisation de sortie et responsabilités », et fournir une décharge de responsabilité.

Nom et Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone



# DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS

## SUIVI DE L'ENFANT

# JEUNESSE

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../.....  Fille  Garçon

### INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

#### Votre enfant suit-il un traitement médical de longue durée ?

Oui\*  Non

#### Votre enfant est-il sujet à une allergie ?

- Alimentaire : oui\*  non  Si oui précisez : .....
- Médicamenteuse : oui\*  non  Si oui précisez : .....
- Autre\* : .....

#### Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

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

**Toutes remarques complémentaires concernant l'enfant :** Précisez tout renseignement utile à l'accueil de votre enfant (port de lunettes, de prothèses dentaires, besoins particuliers...), mais également les difficultés de santé rencontrées (autres maladies\*, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....  
.....  
.....

**Personne à prévenir en priorité en cas d'urgence :** (autre que le responsable légal)

Nom, prénom ..... Numéro de téléphone : .....

**Médecin traitant :**

Nom, prénom ..... Numéro de téléphone : .....

### AUTORISATIONS SANITAIRES ET ADMINISTRATIVE

**Je déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (hospitalisation, choix du médecin, etc...).**

**En application du décret n° 2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire, je certifie que mon enfant est à jour des vaccins obligatoires.**

**Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'A.L.S.H. et m'engage à le respecter.**

Nom, Prénom :

Date :

Signature

