



DOSSIER UNIQUE ALAE STE FOY ALSH LHERM 2018-2019

Obligatoire pour tout enfant scolarisé

Le dossier est à compléter ou à corriger en rouge
et doit être retourné à l'ALAE ou auprès de l'enseignant avant le 19/06/2018

www.mjclherm.fr

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Autorisation de rentrer seul :

Niveau scolaire en 2018-2019: Ecole : Sainte Foy Autre :

Maternelle : Petite section - Moyenne section - Grande section

(entourez la bonne réponse)

Élémentaire : CP - CE1 - CE2 - CM1 - CM2

Sexe :

Date de naissance :

Droit à l'image et au son : Autorisation de transport en véhicule:

Médecin traitant :

Autorisation d'intervention médicale : Lieu d'hospitalisation :

Type de repas : (type de repas possible : normal, sans porc ou sans viande (=autre))

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) : Oui Non (entourez la bonne réponse)

Pour toute allergie, intolérance ou régime alimentaire, un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) doit être réalisé.

Si tel est le cas merci de nous en fournir une copie.

Personnes à prévenir en cas d'accident autres que les parents (NOM, lien de parenté et Tél)	Personnes habilitées à récupérer l'enfant autres que les parents (NOM, lien de parenté et Tél)
.....
.....
.....
.....
.....

Si une autre personne non citée ci-dessus vient chercher votre enfant, elle devra être munie d'une autorisation écrite de votre part. Une pièce d'identité pourra lui être demandée.

N° allocataire CAF :

Nom de l'allocataire :

Quotient CAF ou MSA :

(noter et fournir l'attestation du quotient au 01/01/2018)

Votre enfant est il bénéficiaire de l'AEEH ? oui non

Les familles ne fournissant aucune attestation (CAF ou MSA) à l'inscription seront facturées au tarif maximum.

Attention si elle est fournie en cours d'année, il n'y aura pas de rétroactivité.

Pour les parents divorcés, fournir la photocopie du jugement de divorce ou le protocole d'accord. Sans l'un de ces documents, l'enfant pourra être remis aux deux parents.

RESPONSABLE 1 : Père Mère Autre :

Nom :

Prénom :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

RESPONSABLE 2 : Père Mère Autre :

Nom :

Prénom :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

Date :/...../.....

Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :
 PRENOM :
 DATE DE NAISSANCE :
 GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT;
 ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	O U I	N O N	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos					
Poliomyélite				R.O.R.	
Ou DT Polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
B.C.G.					
D.T.C.P.					
Pentavac				MONOTEST	
Prévenar					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES ASTHME oui non

MEDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :
ADRESSE PENDANT LE SEJOUR :
.....
TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :
NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (facultatif).....

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

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNEES DE LA STRUCTURE**

MJC LHERM HORIZON CULTUREL
2 AVENUE DE GASCOGNE
31600 LHERM

Tél. : 05.61.56.02.32 Fax : 05.61.56.07.80 Email : accueilmjcclherm@orange.fr

OBSERVATIONS

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

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant : Classe : _____

Partie 1° et 2° à remplir uniquement pour les enfants fréquentant l'ALAE et la restauration scolaire de Lherm

1° ALAE (Accueil de Loisirs Associé aux Écoles)

L'accueil est facturé en fonction de la présence de votre enfant .

Vous devez toutefois nous préciser quel(s) jour(s) il fréquentera **régulièrement** l'ALAE pour que nous puissions le prendre en charge. **Toutes absences, inscriptions occasionnelles ou modifications le soir devront être modifiées** sur le portail famille de la MJC (<https://lherm.portail-defi.net>) au plus tard 8 jours avant la date prévue. En cas de changement de dernière minute exceptionnel, voir les modalités sur le guide pratique.

MATIN

Tous les lundis Tous les mardis Tous les mercredis Tous les jeudis Tous les vendredis

SOIR

Tous les lundis Tous les mardis Tous les jeudis Tous les vendredis

Pour tout retard exceptionnel de votre part le soir, autorisez-vous l'équipe de l'ALAE à prendre en charge votre enfant s'il est reperé seul dans l'enceinte de l'école ?

OUI NON

Sans réponse de votre part nous ne prendrons pas en charge votre enfant.

2° Pause méridienne

Les temps de pause méridienne seront facturés en fonction des inscriptions à la restauration scolaire effectuées auprès de la mairie. Les absences justifiées par un certificat médical ne seront pas facturées.

Merci de préciser ci-dessous les jours où votre enfant fréquentera régulièrement ce temps afin que nous puissions nous organiser.

Toute l'année scolaire ou à partir de : (date)

Tous les lundis Tous les mardis Tous les jeudis Tous les vendredis

Pour les parents ayant des horaires de travail **variables**, vous avez la possibilité d'inscrire votre enfant sur le portail famille de la MJC (<https://lherm.portail-defi.net>) à l'aide de vos identifiants et procéder aux inscriptions au plus tard 8 jours avant la date prévue.

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant

* Atteste sur l'honneur être titulaire de l'autorité parentale ;

* Certifie avoir pris connaissance des règlements intérieurs en vigueur de l'ALAE, l'ALSH et la restauration scolaire. Ils sont affichés à l'école, disponibles aux secrétariats et sur les sites internet de la Mairie et de la MJC de Lherm ;

* Autorise le responsable des accueils de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) par l'état de santé de mon enfant ;

* Autorise notre enfant à participer aux activités proposées par l'équipe d'animation ;

* Certifie sur l'honneur les renseignements ci-dessus.

Fait à Lherm, le :/...../.....

Signature :