



# ALSH TRÉMAÏDIC

62 route de Trémaïdic, 29280 PLOUZANE

## Dossier administratif 2024/2025

6 ans et +

### Enfant

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../..... à ..... Sexe : M ☐ F ☐

Adresse : .....

Ecole et classe : .....

#### Responsable légal 1

Lien avec l'enfant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° portable :

N° travail :

Adresse mail :

#### Responsable légal 2

Lien avec l'enfant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° portable :

N° travail :

Adresse mail :

### Contacts à prévenir en cas d'urgence

*Hors responsables légaux*

| Noms / Prénoms | Lien avec l'enfant | N° téléphone |
|----------------|--------------------|--------------|
|                |                    |              |
|                |                    |              |
|                |                    |              |

### Fiche sanitaire

Médecin : ..... Téléphone : .....

Groupe sanguin : .....

L'enfant suit-il un traitement médical ? Si oui, lequel ? .....

*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.*

**Merci de nous joindre la copie du carnet de vaccination.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? *Si oui, entourez.*

|            |           |          |                            |            |
|------------|-----------|----------|----------------------------|------------|
| Rubéole    | Varicelle | Angine   | Rumatisme articulaire aigu | Scarlatine |
| Coqueluche | Otite     | Rougeole | Oreillons                  |            |

ALLERGIES : ASTHME Oui ☐ Non ☐ MÉDICAMENTEUSES Oui ☐ Non ☐

ALIMENTAIRES Oui ☐ Non ☐ AUTRES : .....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC ... PRÉCISEZ.

L'ENFANT A-T-IL DES RESTRICTIONS ALIMENTAIRES (SANS PORC, SANS BŒUF, ETC...) PRÉCISEZ.

# Autorisations de récupération

Je reconnais que la responsabilité de la direction de l'ALSH Trémaïdic sera déchargée de toute responsabilité dès que mon enfant aura franchi la porte de sortie de l'accueil.

J'autorise la ou les personnes suivantes à récupérer mon ou mes enfants à l'ALSH Trémaïdic :

Liste des personnes autorisées en précisant Nom, Prénom et date de naissance de chaque personne :

- 
- 
- 

J'autorise / je n'autorise pas mon enfant à se rendre et/ou à quitter l'ALSH Trémaïdic sans accompagnement.

## Signature

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare :

- Autoriser mon enfant à participer à toutes les activités organisées dans le cadre de l'ALSH.
- Autoriser la Direction de l'ALSH à faire hospitaliser mon enfant au centre de soin le plus proche si son état le nécessite et autorise la structure qui accueille l'enfant à lui prodiguer des soins.
- Autoriser l'ALSH Trémaïdic à diffuser sur ses supports de communication (site internet, réseaux, flyers, affiches, articles de presse...) les photos ou vidéos prises dans le cadre de ses activités.
- Avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et certifie exacts tous les renseignements portés sur ces documents.

Date :

Signature :



**COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR :**  
**ALSH TREMAIDIC**  
**STADE DE TREMAIDIC, 29280 PLOUZANE**