



ALSH TRÉMAÏDIC

62 route de Trémaïdic, 29280 PLOUZANE

Dossier administratif 2023/2024

Enfant

NOM : Prénom :

Né(e) le :/...../..... à Sexe : M F

Adresse :

Ecole et classe :

Responsable légal 1 Lien avec l'enfant :	Responsable légal 2 Lien avec l'enfant :
Nom : Prénom : Adresse : N° portable : N° travail : Adresse mail :	Nom : Prénom : Adresse : N° portable : N° travail : Adresse mail :

Contacts à prévenir en cas d'urgence

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.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT polio				Autres (préciser)	
OU Trétracoq					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

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 photos / hospitalisation

J'autorise / je n'autorise pas la publication des photos de mon enfant qui auront été prise lors de sa participation aux activités organisées par l'ALSH Trémaïdic sur tout support de communication et d'information relatif à la promotion de l'accueil (presse écrite, site internet de l'association, réseaux sociaux compte ALSH TREMAIDIC).

J'autorise la direction de l'ALSH de Trémaïdic 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.

Je reconnait avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de l'ALSH Trémaïdic et en accepte les modalités

Autorisations de sortie

J'autorise la ou les personnes suivantes à déposer et/ou 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.

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

Signature

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts tous les renseignements portés sur ces documents et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :



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