



# ALSH TRÉMAÏDIC 6 ans et +

Stade de Trémaïdic, 29280 Plouzané

## Dossier administratif 2025/2026

### Enfant

NOM : ..... Prénom : .....

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

Adresse : .....

Ecole et classe : .....

Licencié(e) au PAC-Football (année 2025-2026) : Oui  Non

Horaire approximatif de dépose : .....

Horaire approximatif de récupération : .....

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
N° portable :	N° portable :
N° travail :	N° travail :
Adresse mail :	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 : ..... (si connu)

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.*

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Rumatisme articulaire aigu	Scarlatine
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	

**Merci de joindre la copie du carnet de vaccination ou une attestation de vaccination à jour.**

ALLERGIES : ASTHME Oui  Non  ALIMENTAIRES Oui  Non   
MÉDICAMENTEUSES Oui  Non  AUTRES : .....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

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 LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC ... PRÉCISEZ.

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

## Autorisation de récupération

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.

J'autorise la ou les personnes suivantes **MAJEURES** à récupérer mon ou mes enfants à l'ALSH Trémaïdic situé à l'École de Kroas Saliou à Plouzané (Préciser : Nom, prénom et date de naissance de chaque personne) :

- 
- 
- 
- 
- 

J'autorise mon enfant à rentrer seul, sans accompagnement (à partir de 12 ans révolus) :

Oui  Non

## 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**

## Dossier complet

Attestation CAF de paiement où figurent le nom, prénom et la date de naissance de l'enfant (à retransmettre entre le 27 août et 2 septembre 2025 pour que les droits soient actifs)

Dossier administratif

Copie des vaccins

Attestation de responsabilité civile au nom de l'enfant

Adhésion 2025-2026 (valable à compter du 1er septembre 2025 au 31 août 2026)

## Check list - Affaires à prévoir

➤ *un sac à dos identifié*

➤ *une gourde identifiée*

➤ *casquette et crème solaire*  
(en cas de beau temps)

➤ *Affaires de douche*  
(si l'enfant profite de la passerelle entraînement avec le PAC-Football)

*Merci 😊*