



ALSH TRÉMAÏDIC 3/6 ans

Cité de Kroas Saliou - rue du 8 mai 1945, 29280 PLOUZANÉ

Dossier administratif 2025/2026

Enfant

NOM : Prénom :

Né(e) le :/...../..... à Sexe : M F

Adresse :

Ecole et classe :

Fait-il la sieste ? Oui Non Parfois

Couche durant la sieste (prévoir si nécessaire) : 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) :

-
-
-
-
-

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 passage à l'accueil de loisirs de Trémaïdic dès les 6 ans révolus de mon enfant afin de libérer la place.
- 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 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 change*
UN PETIT ACCIDENT, CA ARRIVE...
-  *un doudou et/ou une tétine*
LE DOUDOU, UN INDISPENSABLE !
-  *une couverture et un oreiller*
SI VOTRE ENFANT FAIT LA SIESTE UNIQUEMENT
-  *une gourde identifiée*
POUR LA JOURNÉE
-  *une blouse ou un grand t-shirt*
POUR LES ACTIVITÉS (PEINTURE NOTAMMENT)
-  *des mouchoirs*
POUR LES RHUMES ET LES PETITES LARMES
-  *accessoires météo*
CASQUETTE ET CRÈME SOLAIRE EN CAS DE BEAU TEMPS

Merci 😊