



ALSH TRÉMAÏDIC 3/6 ans

Valable du 1er septembre 2026 au 31 août 2027

Dossier administratif 2026/2027

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 et de récupération :/.....

Bénéficiaire de l'AEEH pour l'enfant : Oui ☐ Non ☐

Si oui, merci de joindre un justificatif.

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 2026/2027

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 :

06 56 78 94 01

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 transmettre le mardi 1er septembre format PDF par mail pour que les droits soient actifs
Les droits ne sont pas rétroactifs si l'attestation est transmise après l'envoi de la facture)

☐ Dossier administratif

☐ Copie des vaccins

☐ Attestation de responsabilité civile au nom de l'enfant

☐ Adhésion 2026-2027 (valable à compter du 1er septembre 2026 au 31 août 2027)

 **Facture des mercredis :**

- En septembre : transmises le 2 septembre par mail, à régler pour le 7 septembre.

- les prochaines factures seront transmises le mois précédent (exemple : en septembre pour le mois d'octobre).

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 😊