



ESPACE PIERRE VALDO - ALSH
8 rue Belissen 69005 LYON
Téléphone : 04.72.16.30.61
Mail : enfance@epvaldo.org

Cadre réservé
à l'administration

Frais de dossier réglés :
 Oui Non
Assurance scolaire
 Oui Non

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2020-2021

Nom et prénom du père :

Nom et prénom de la mère :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Mail de la mère : Mail du père :

Situation familiale : Vie maritale Mariés Pacsés Célibataire Séparés Divorcés Veuf(ve)

N° de sécurité sociale :

N° d'allocations familiales :

Quotient familial : sur revenus année :

Tél. Domicile :

N° Portable mère : N° Portable père :

Employeur du père (adresse et N° de téléphone) :

Employeur de la mère (adresse et téléphone) :

Renseignements concernant le ou les enfants inscrits :

	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant	4 ^{ème} enfant
NOM				
PRENOM				
Date de naissance				
Ecole fréquentée				
Date DT Polio				
Régime alimentaire				
Remarques (Médicales ou autre...)	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon

J'autorise mon ou mes enfants à participer à toutes les activités du centre, à voyager par tous les moyens proposés par les responsables, lesquels sont autorisés à prendre toute mesure d'urgence nécessitée par l'état de santé de mon ou mes enfants selon prescription du corps médical. *

J'accepte que mon ou mes enfants puisse(ent) être photographié(s) ou filmé(s) et que les images en résultant pourront faire l'objet d'une ou plusieurs diffusions de la part de l'Accueil de Loisirs (Expositions photos...). *

J'atteste avoir lu et accepté le règlement intérieur de la structure

*Merci de cocher les autorisations que vous accordez à l'équipe**

Je suis : **Titulaire d'une assurance extra-scolaire (fournir copie en cours de validité) :** *

OUI

NON

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul à partir de 16 heures :

OUI

NON

Personne habilitée à récupérer le ou les enfants le soir :

- **Personne 1 : Nom/Prénom et lien de parenté :**

.....

- **Personne 2 : Nom/Prénom et lien de parenté :**

.....

- **Personne 3 : Nom/Prénom et lien de parenté :**

.....

Nom et tel. de la personne à contacter en cas d'urgence :

.....

Date et Signature :

A :

Le

Signature :

*Cocher les cases



<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020</h2>	<p>1 – ENFANT</p> <p>NOM: _____</p> <p>PRÉNOM: _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE: _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
---	--

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2020. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoq		Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. **Attention:** le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

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 ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui ☹ non ☹	oui ☹ non ☹	oui ☹ non ☹	oui ☹ non ☹	oui ☹ non ☹
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
oui ☹ non ☹	oui ☹ non ☹	oui ☹ non ☹	oui ☹ non ☹	

Allergies: **ASTHME** oui ☹ non ☹ **ALIMENTAIRES** oui ☹ non ☹ **MEDICAMENTEUSES** oui ☹ non ☹
AUTRES _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

En cas de régime alimentaire, précisez :

SANS VIANDE

SANS PORC

Indiquez ci-après:

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Recommandations utiles des parents:

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

BAIGNADE : SAIT NAGER

SE DEBROUILLE

NE SAIT PAS NAGER

Observations diverses :

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Médecin traitant :

Nom: _____ Tél: _____

N° de sécurité sociale de l'enfant : _____

Date :

Signature: