



# Fiche de renseignements



À REMPLIR - À RETOURNER

Année scolaire

20..... / 20.....

## L'enfant ou le jeune

Nom : .....

Accueil de Loisir Associé à l'Ecole (ALAE)

Prénom : .....

Accueil de Loisirs Sans Hébergement (ALSH)

Domicilié(e) à : .....

Séjours

Né(e) le : .....

Structure Jeunesse

Etablissement scolaire : .....

Accueil de Loisirs Associé au Collège (ALAC)

.....

Autres.....

Classe : .....

## Les parents / Renseignements familiaux

### Responsable légal 1

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

E-mail : ..... Tél / domicile : .....

Tél / travail (poste) : ..... Tél / portable : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Situation familiale : **(Rayer les mentions inutiles)** - marié - pacsé - veuf-ve - couple - celibataire

### Responsable légal 2

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

E-mail : ..... Tél / domicile : .....

Tél / travail (poste) : ..... Tél / portable : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Situation familiale : **(Rayer les mentions inutiles)** - marié - pacsé - veuf-ve - couple - celibataire

## Les frères et soeurs

Nom / Prénom ..... Né(e) le .....

Nom / Prénom ..... Né(e) le .....

Nom / Prénom ..... Né(e) le .....

Nom / Prénom ..... Né(e) le .....

## 4 - Autres

N°Sécurité Sociale : .....

N° CAF\* ou MSA : .....

\*Pensez à transmettre la carte «vacances et Loisir» pour les familles qui en sont bénéficiaires.

Reconnaissance MDPH

Bénéficiaire de l'AEEH

Assurance Responsabilité Civile : ..... N° de contrat : .....

Nous autorisons Léo Lagrange à recueillir les informations nous concernant auprès de la CAF dont nos ressources, afin de vérifier notre éligibilité aux tarifications différenciées et ainsi de simplifier nos démarches (ex: mise à jour du quotient familial)

## 5 - Autorisation parentale

Je soussigné(e) ..... agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale, autorise :

**1 - Les personnes suivantes à venir chercher l'enfant (s'il s'agit de mineurs, uniquement à partir de 10 ans révolus).**

Nom / prénom : ..... Tél : ..... Lien parental : .....

Nom / prénom : ..... Tél : ..... Lien parental : .....

Nom / prénom : ..... Tél : ..... Lien parental : .....

Nom / prénom : ..... Tél : ..... Lien parental : .....

**2 - L'enfant à quitter seul la structure aux horaires autorisés (uniquement s'il a plus de 6 ans)**

**ALAE**  OUI  NON Heure de **départ**.....

**ALSH**  OUI  NON Heure de **départ**.....

**Séjour**  OUI  NON

**3 - L'enfant a participer aux sorties à l'extérieur de la structure**  OUI  NON

Les deux parents sont-ils titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale ?

**OUI** (en cas de décision de justice limitant l'autorité parentale, joindre la copie de l'acte correspondant)

**NON** (joindre **obligatoirement** la copie du justificatif correspondant : décision de justice, livret de famille, etc...)

Nom et adresse de toute **autre personne titulaire de l'autorité parentale** :

.....  
.....

Fait à ..... le .....

**Signature du ou des** titulaires de l'autorité parentale

# Fiche sanitaire de liaison

Nom de l'enfant : .....

Garçon

Prénom : .....

Fille

Date de naissance : .....

## Vaccinations (obligatoires) - (se référer au carnet de santé de l'enfant) :

Les 3 premiers vaccins sont obligatoires pour les enfants nés avant 2018 et les 11 pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018

|                              | A JOUR |   |                       |     |   |                       |
|------------------------------|--------|---|-----------------------|-----|---|-----------------------|
| <b>Diptérie</b>              | OUI    | → | <input type="radio"/> | NON | → | <input type="radio"/> |
| <b>Tétanos</b>               | OUI    | → | <input type="radio"/> | NON | → | <input type="radio"/> |
| <b>Poliomyélite</b>          | OUI    | → | <input type="radio"/> | NON | → | <input type="radio"/> |
| Haemophilus influenzae B     | OUI    | → | <input type="radio"/> | NON | → | <input type="radio"/> |
| Hépatite B                   | OUI    | → | <input type="radio"/> | NON | → | <input type="radio"/> |
| Rougeole, Oreillons, Rubéole | OUI    | → | <input type="radio"/> | NON | → | <input type="radio"/> |
| Coqueluche                   | OUI    | → | <input type="radio"/> | NON | → | <input type="radio"/> |
| Méningocoque C               | OUI    | → | <input type="radio"/> | NON | → | <input type="radio"/> |
| Pneumocoque                  | OUI    | → | <input type="radio"/> | NON | → | <input type="radio"/> |

Autres vaccins : .....

Je joins une copie des pages vaccinations du carnet de santé de mon enfant ou une attestation d'un médecin en cas de contre-indication pour toute inscription à un séjour avec nuitée(s).

## l'enfant

**PAI** Si oui à fournir obligatoirement

Autres, précisez : .....

Recommandations particulières (ex. : port de lunettes, antécédents médicaux...).

**Attention !** En cas de problèmes de santé rencontrés par l'enfant ou le jeune, sa participation aux activités de la structure pourra être subordonnée à l'établissement d'un Protocole de Soins d'Urgence pour l'Accueil en Collectivité (PSUAC) ou d'un protocole d'Accueil Individualisé (PAI)

En dehors d'un PAI ou d'un PSUAC, l'administration d'un traitement médicamenteux est conditionné à une autorisation parentale écrite accompagnée d'une ordonnance médicale justifiant du dit traitement et de ses modalités.

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe cachetée portant les nom et prénom de l'enfant et la mention «Secret Médical», à l'attention du médecin susceptible d'intervenir en cas de besoin pour votre enfant. Antécédents médicaux et chirurgicaux : Indiquer uniquement ceux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil - par exemple : les allergies alimentaires, ou médicamenteuses, les autres allergies (pollen, plantes, animaux,...) ou une opération chirurgicale récente.

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant de l'enfant :

Je soussigné(e), .....

responsable légal de l'enfant .....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaire par l'état de santé de l'enfant.

Date..... **Signature,**

# Autorisation de Photographier / Filmer et de publier



## Nous soussignés :

Nom et prénom du Responsable légal 1 : .....

Nom et prénom du Responsable légal 2 : .....

Si les parents n'exercent pas l'autorité parentale, nom et prénom du tuteur ou représentant légal :

.....

Domicilié(e) à : .....

Agissant en qualité de représentant-e légal-e (ou de représentants légaux, si les deux parents exercent ensemble l'autorité parentale) de :

Nom et prénom de l'enfant : .....

**AUTORISONS** : L'Etablissement Régional Léo Lagrange Sud-Ouest dont le siège est situé 4 bis, rue Paul Mesplé, 31100 TOULOUSE, et toute personne physique ou morale qu'elle mandaterait à :

- Photographier / filmer mon enfant
- Reproduire son image
- Diffuser et publier cette image ou film afin d'illustrer les projets d'animations sur les sites internet de la ville, ou de l'Etablissement Régional Léo Lagrange Sud-Ouest, des réseaux et blogs dédiés uniquement à l'activité, sur les publications (plaquette d'information de l'accueil de loisirs, documents pédagogiques, bulletin d'information de la ville), les médias (presse écrite et audio-visuelle).

**RENONCONS** à tout recours contre l'Etablissement Régional Léo Lagrange Sud-Ouest ou toute personne physique ou morale qu'elle aurait mandatée au titre de la prise d'image de mon enfant, de sa diffusion et publication.

**CERTIFIONS** avoir pris connaissance que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative et pédagogique des enfants. Conformément aux articles 38 et suivants de la loi modifiée n° 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et au Règlement Européen sur la Protection des Données, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous exercer en vous adressant à Léo Lagrange.

Fait à ..... le .....

**Signature des parents ou des représentants légaux**

**Pour les mineurs de plus de 13 ans,  
signature de l'enfant**