A.L.S.H. Emile Lognos Route de Montblanc 34550 BESSAN 04 67 77 57 32	C.C.A.S. Ville de Bessan Service Jeunesse 2025-2026	Accueil de Loisirs Périscolaire 34550 BESSAN 06 22 44 26 95

FICHE DE RENSEIGNEMENTS Enfant

Nom : ……..…… Prénom : …….

Date de naissance : ……..... Lieu de naissance : ……

Classe fréquentée : …… Enseignant(e) : ……..

Régime alimentaire : ……. Allergies : ……..

Médecin traitant : …….

Appareil dentaire : ☐ non ☐ oui *(si oui, merci d'amener une boîte sur le temps de midi)*

N° d'allocataire CAF ou MSA : ……. Nom de l'allocataire ……

N° d'assurance : ……. Compagnie : ……..

Responsable légal 1 : père ☐ mère ☐ tuteur légal ☐ ou autre (préciser) : ……
Avez-vous un compte sur le Portail Famille ? ☐ oui ☐ non

Nom : …….…….. Prénom : ……..……

Adresse : ……

……

Date de naissance : ……..…… ☎ portable : ……

Adresse mail : …….....

Situation familiale : ☐célibataire ☐marié(e)/pacsé(e) ☐vie maritale ☐veuf/veuve

☐divorcé(e)/séparé(e) *(joindre l'ordonnance du jugement si nécessaire)*

Responsable légal 2 : père ☐ mère ☐ tuteur légal ☐ ou autre (préciser) : ……
Avez-vous un compte sur le Portail Famille ? ☐ oui ☐ non

Nom : …….…….. Prénom : ……

Adresse : ……

……

Date de naissance : ……..…… ☎ portable : ……

Adresse mail : …….....

Situation familiale : ☐célibataire ☐marié(e)/pacsé(e) ☐vie maritale ☐veuf/veuve

☐divorcé(e)/séparé(e) *(joindre l'ordonnance du juge si nécessaire)*

Projet d'Accueil Individualisé (PAI)

Votre enfant fait-il l'objet d'un PAI ? ☐OUI ☐NON
Les parents d'un enfant présentant des problèmes médicaux dont des allergies (asthme…) ou des intolérances alimentaires sont invités à établir un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI), qui est obligatoire pour être admis au restaurant scolaire en cas d'allergie alimentaire.
Le PAI est à retirer auprès du directeur de l'école et à faire signer par le médecin traitant, le directeur de l'école, le médecin de l'Education Nationale et l'adjointe au Maire de la ville en charge de l'Education en début d'année scolaire. Une copie du PAI est à remettre au directeur de l'école ainsi qu'au responsable périscolaire.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) …… responsable légal(e) de l'enfant …….. déclare inscrire mon enfant après avoir pris connaissance des conditions générales de fonctionnement (ALSH et ALP).
J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités prévues le jour de sa présence.
J'autorise la structure à prendre en photo mon enfant (presse et site du service jeunesse et réseaux sociaux de la ville) ☐ **oui** ☐ **non**
J'autorise la direction à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence suivant les instructions du corps médical.

Personnes autorisées à récupérer l'enfant (mis à part les parents)

Nom : …… Prénom : ……..…….....
Tel portable : ……

Nom : …… Prénom : ……..…….....
Tel portable : ……

Nom : …… Prénom : ……..…….....
Tel portable : ……

Nom : …… Prénom : ……..…….....
Tel portable : ……

Vous devez joindre les documents suivants au dossier :

- Une photocopie de l'attestation de quotient familial (CAF ou MSA)
- Une photocopie de la responsabilité civile de l'enfant en cours de validité
- La fiche sanitaire de liaison complétée accompagnée de la copie du carnet de vaccination de l'enfant
- En cas de divorce ou séparation, les documents établissant l'autorité parentale (copie du jugement ou de l'ordonnance du juge aux affaires familiales)
- En cas d'allergie ou de prise de médicaments, le Projet d'Accueil Individualisé accompagné de son protocole de mise en œuvre

Vous attestez avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Dossier à ramener complet au SERVICE JEUNESSE directement (ALP Victor Hugo, ALP Georges Bégou ou ALSH Emile Lognos).

A Bessan le Signature du représentant légal

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	**OTITE**	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**	
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

_____

_____

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION,RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.)

_____

_____

_____

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON ☐ OCCASIONNELLEMENT ☐ OUI ☐

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON ☐ OUI ☐

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR _____

_____

_____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

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.

N° de sécurité sociale : _____

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

_____

_____

_____

OBSERVATIONS

_____

_____

_____

_____

_____

_____