

# Dossier d'adhésion Enfant

**ALSH**  **CLAS**

## DOCUMENTS À JOINDRE

- Photocopie du carnet de vaccination OU Attestation de vaccination par le médecin
- Attestation d'assurance scolaire

## ENFANT

Nom ..... Prénom .....

Date et lieu de naissance ..... Sexe F  M

Classe ..... Etablissement scolaire ..... Enseignant .....

Téléphone de l'enfant (s'il en a un) .....

## RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT (parents ou tuteur légal)

Responsable légal 1

Responsable légal 2

Nom .....	Nom .....
Prénom .....	Prénom .....
Portable .....	Portable .....
Téléphone 2.....	Téléphone 2 .....

## DECHARGE DE RESPONSABILITE

En tant que responsable légal de l'enfant, j'autorise :

- En cas d'urgence, les responsables de la structure à prendre toutes les mesures, nécessaires (hospitalisations, interventions, etc.)
- Mon enfant à partir seul(e) de la Source
- Mon enfant à récupérer son/ses soeur(s)/frère(s) (préciser les prénoms).....
- Mon enfant à être récupéré(e) par son/ses soeur(s)/frère(s) (idem): .....
- Les animateurs à récupérer mon/mes enfants à l'école (CLAS)
- Les animateurs à réaliser des déplacements avec mon enfant : à pied, en minibus, en transports en commun

Autorise La Source à publier des photographies ou films dans le cadre des activités du centre, contenant l'image de mon enfant sur :

- Affiche/ flyers, presse, plaquettes, magazine municipal, expositions
- Site internet, Facebook et Instagram de La Source et municipaux

## PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER MON ENFANT

Nom .....	Prénom .....
Téléphone .....	
Nom .....	Prénom .....
Téléphone .....	
Nom .....	Prénom .....
Téléphone .....	

# Fiche Sanitaire de Liaison

## ENFANT

Nom ..... Prénom .....

Numéro de Sécurité Sociale .....

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il un PAI ? OUI  NON   
Si oui : Merci de joindre une copie du PAI, le médicament et de prendre rendez vous avec l'animateur référent

L'enfant fait-il de l'asthme ? OUI  NON   
Si oui : Merci de joindre une copie de l'ordonnance

L'enfant bénéficie-t-il de l'AEEH ? OUI  NON   
Si oui : Merci d'en informer l'équipe afin d'adapter au mieux son accueil

## ALLERGIES

Médicamenteuses OUI  NON  .....

Alimentaires OUI  NON  .....

Piqûres d'insectes OUI  NON  .....

Préciser la conduite à tenir .....

## INFORMATIONS DIVERSES

Difficultés de santé (troubles, maladies, accidents) .....

Procédure d'éloignement .....

Recommandations utiles .....

## MEDECIN TRAITANT

Nom ..... Ville ..... Téléphone .....

Je/Nous soussigné(e-s)/ons .....  
responsable(s) légal (aux) de l'enfant, atteste/ons avoir pris connaissance du règlement intérieur de  
l'ALSH et s'engage/ons à l'appliquer.

Fait à ..... le .... /...../ ..... Signatures :

En application des articles 39 et suivants la loi du 6 janvier 1978 modifié, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, pour ce faire, veuillez-vous adresser à Mme Villaescusa.