



FICHE RENSEIGNEMENTS

ALSH 2026

NOE

NOM _____

PRENOM _____

Pays de l'Herbasse

Né (e) le |_|_|/|_|_|/|_|_| A _____

PARENTS OU TUTEURS

Parent 1 : _____

Parent 2 : _____

N° _____ Rue _____

N° _____ Rue _____

code postal |_|_|_|_|_|

code postal |_|_|_|_|_|

Ville _____

Ville _____

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

@ _____

@ _____

Profession _____

Profession _____

Vous dépendez de : CAF MSA Autre

N° allocataire Quotient Familial

Bénéficiaire des bons vacances OUI NON

Bénéficiaire de l'AEEH OUI NON

AUTORISATION DE LA FAMILLE

Je soussigné (e) _____ (parent ou tuteur légal) autorise mon fils, ma fille, (Nom et prénom) _____

A participer à toutes les activités du centre de loisirs, y compris :

La baignade, les activités nautiques, les activités camping,

Les sorties hors de la commune (quel que soit le moyen de transport).

La diffusion de photos et vidéos de mon enfant faites pendant son séjour

A quitter le centre de loisirs avec l'une des personnes suivantes : _____

J'autorise en outre, le directeur, la directrice, à le (la) faire soigner et à faire pratiquer toute intervention d'urgence. Ayant pris connaissance du règlement intérieur, je l'approuve et m'engage à le respecter.

Je certifie que les renseignements portés sur cette présente fiche sont exacts.

A _____ le _____ 2026, Signature

Informations complémentaires _____

Pièces à joindre : 1 photocopie des pages «vaccinations » du carnet de santé / attestation QF

Communes ARCHE Agglo : Arlebosc, Arthemonay, Bathernay, Beaumont-Monteux, Boucieu-le-Roi, Bozas, Bren, Chanos-Curson, Chantemerle-les-Blès, Charnes-sur-Herbasse, Chavannes, Cheminas, Colombier-le-Jeune, Colombier-le-Vieux, Crozes-Hermitage, Érôme, Étables, Gervans, Glun, La Roche-de-Glun, Larnage, Lemps, Margès, Marsaz, Mauves, Mercuriol-Veaunes, Montchenu, Pailharès, Plats, Pont-de-l'Isère, Saint-Barthélémy-le-Plain, Saint-Donat-sur-l'Herbasse, Saint-Félicien, Saint-Jean-de-Muzols, Saint-Victor, Sécheras, Serves-sur-Rhône, Tain l'Hermitage, Tournon-sur-Rhône, Vaudevant, Vion.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ETE CONQUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ___/___/___

II. VACCINATIONS
(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES		AUTRES VACCINS	
	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS
Du DT polio	___/___/___		___/___/___	
Du DT coq	___/___/___		___/___/___	
Du Tétracoq	___/___/___		___/___/___	
D'une prise polio	___/___/___		___/___/___	
ANTITUBERCULEUSE (BCG)	___/___/___		___/___/___	
1 ^{er} VACCIN	___/___/___		___/___/___	
REVACCINATION	___/___/___	1 ^{er} RAPPEL	___/___/___	

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	___/___/___
.....	___/___/___

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-T-IL UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :
 ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. : N° DE TEL : DOMICILE : BUREAU :

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : Signature :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : Cachet de l'Organisme (siège social)

 ARRIVEE LE ___/___/___
 DEPART LE ___/___/___

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....

