

# DOSSIER UNIQUE ALAE ALSH

## Obligatoire pour tout enfant scolarisé

Le dossier est à compléter en intégralité et doit être retourné à la MJC

Photo  
Identité  
récente

**NOM / PRENOM :** .....

Date de naissance ..... Sexe : F / M

Etablissement scolaire :

Classe : PS- MS - GS  
 CP – CE1 – CE2 – CMI – CM2 – ULIS  
 6<sup>ème</sup> – 5<sup>ème</sup> – 4<sup>ème</sup> – 3<sup>ème</sup>  
 2<sup>nd</sup>e – 1<sup>ère</sup> – terminale

Portable du jeune : .....

Enfant bénéficiaire de l'AEEH\* :  oui /  non (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé)

Droit à l'image :  oui /  non\*

Autorisation de transport :  oui /  non

Type de repas :  Normal /  Autre : ..... Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) :  oui /  non

**Pour toute allergie, intolérance ou régime alimentaire, un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) doit être réalisé. Si tel est le cas merci de nous en fournir une copie avec les médicaments notés au nom/prénom de l'enfant.**

*Personnes majeures habilitées à récupérer l'enfant ou à appeler en cas d'urgences autres que les parents (Nom/prénom, lien de parenté et tél)	*Personnes majeures habilitées à récupérer l'enfant autres que les parents (Nom/prénom, lien de parenté et tél)

\*Une pièce d'identité lui sera demandée.

**PERE :**

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Profession : .....

Adresse : .....

Email (obligatoire) : .....@.....

Tél domicile : ..... Tél professionnel : ..... Tel portable : .....

N° allocataire CAF : ..... Quotient CAF ou MSA : ..... (fournir l'attestation du quotient au 1<sup>er</sup> janvier de l'année en cours)

**MERE :**

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Profession : .....

Adresse : .....

Email (obligatoire) : .....@.....

Tél domicile : ..... Tél professionnel : ..... Tel portable : .....

N° allocataire CAF : ..... Quotient CAF ou MSA : ..... (fournir l'attestation du quotient au 1<sup>er</sup> janvier de l'année en cours)

Parents séparés :  oui /  non

Si oui : Accès au portail famille :  père /  mère

---

**ASSURANCE :**

Mon enfant est couvert par une assurance responsabilité civile :

**Compagnie d'Assurance :** ..... **N° de contrat :** .....

**Validité :** du .....au .....

---

**RAPPEL DES DOCUMENTS OBLIGATOIRES A FOURNIR**

- FICHE SANITAIRE DE LIAISON
- COPIE DES VACCINATIONS
- PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE : PAI (si concerné)
- ATTESTATION DU QUOTIENT FAMILIAL CAF OU MSA (au 1<sup>er</sup> janvier de l'année en cours)  
**Les familles ne fournissant aucune attestation (CAF ou MSA) à l'inscription seront facturées au tarif maximum. Attention si elle est fournie en cours d'année, il n'y aura pas de rétroactivité.**
- ATTESTATION D'ASSURANCE
- FICHE D'ADHESION (Sauf pour les enfants uniquement présents sur l'AIC)
- PHOTO IDENTITÉ
- JUGEMENT DE GARDE OU PROTOCOLE D'ACCORD (si concerné)

---

Nous soussigné(e)s.....  
responsables légaux de l'enfant .....

- Attestons sur l'honneur être titulaire de l'autorité parentale ;
- Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur en vigueur de la MJC ;
- Autorisons le responsable des accueils de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, ...) par l'état de santé de mon enfant suivant les prescriptions du médecin ;
- Autorisons notre enfant à participer aux activités, sorties .... (transports compris) proposées par l'équipe d'animation ;
- Nous engageons à communiquer tous changements concernant ce dossier (adresse, téléphone, situation familiale...)
- Prenons acte que dans le cadre des animations, la MJC peut être amenée à prendre des photos des enfants pour illustrer ses supports de communication (journaux, affiches, plaquettes à thèmes, site internet, réseaux sociaux, ...)
- \*Donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant. Dans le cas contraire, nous nous engageons à joindre à ce dossier une attestation écrite, datée et signée précisant notre refus.
- Nous nous engageons à respecter les modalités de fonctionnement des accueils ;
- Certifions sur l'honneur les renseignements ci-dessus sont corrects.

Fait à .....le .....

Signature du ou des responsable(s) : .....



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

### 1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

### 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
 MÉDICAMENTEUSES  oui  non  
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
 Précisez : .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

.....  
 .....

### 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc....

.....  
 .....

### 4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... Signature : .....

