

CADRE RESERVÉ À L'ADMINISTRATION

Fiche reçue le _____ Transmise par _____ ASSURANCE QF
Enregistrée dans Agora le _____ Scannée le _____ VACCINS Calendrier GA 2019-2020

FICHE 2020-2021 MISE À JOUR DU DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

NOM DE L'ENFANT _____ PRÉNOM _____
Date de naissance ____/____/____ Sexe M F
École _____ Classe _____

RAPPEL DOCUMENTS A RENOUELER : photocopie des vaccins, attestation d'assurance, quotient familial au mois de Janvier.

AUCUNE MODIFICATION À APPORTER AU DOSSIER INITIAL DE MON ENFANT

Je soussigné(e) _____ (NOM) _____ (Prénom)

responsable légal de l'enfant _____ déclare n'avoir **aucune modification à apporter à la fiche administrative du Dossier Unique d'Inscription de mon enfant.**

Je profite de la mise à jour du dossier de mon enfant pour adhérer à la **facture électronique**. Ce service me permet de consulter et de régler mes factures ALAE en ligne sur mon Portail Famille. Un mail me sera automatiquement envoyé dès que ma facture sera en ligne. (vos identifiants de connexion seront envoyés par mail)

Email _____

MODIFICATIONS À APPORTER AU DOSSIER INITIAL DE MON ENFANT

Je soussigné(e) _____ (NOM) _____ (Prénom)

responsable légal de l'enfant _____ déclare **les modifications suivantes à la fiche administrative du Dossier Unique d'Inscription.**

MODIFICATIONS DE COORDONNÉES

Email _____
Tél. domicile _____
Tél. portable _____
Tél. pro _____
N° CAF _____ ou MSA _____
Adresse _____
Code postale _____ Ville _____

MODIFICATIONS DES PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Tiers à prévenir en cas d'urgence et/ou pouvant récupérer votre enfant (une pièce d'identité pourra être demandée) :

Nom/prénom _____ Tél _____

À prévenir Récupère l'enfant

Nom/prénom _____ Tél _____

À prévenir Récupère l'enfant

J'atteste avoir pris connaissance et compris les conditions générales de fonctionnement de l'AL et de l'ALAE, d'avoir pris connaissance du Règlement Intérieur et d'en respecter les termes. Cette fiche de mise à jour est complémentaire au dossier unique d'inscription est obligatoire chaque année. Je suis informé(e) que tant que le dossier n'est pas complet, aucune inscription ne pourra être effectuée. La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Je m'engage à signaler tout changement de situation au service (coordonnées, autorisations, personnes à prévenir...)

MODIFICATIONS AUTORISATIONS

Partir seul
(uniquement enfant de + de 6 ans)

ALAE Oui Non AL Oui Non

Si oui, précisez l'heure _____

Publication de photos sur un support de communication interne et externe au CIAS

ALAE Oui Non AL Oui Non

Quitter l'activité pour participer à l'APC
(Accompagnement Personnalisé Complémentaire)

ALAE Oui Non

Certifié exact,

à _____ le _____

Nom et signature du responsable légal

FICHE 2020-2021

MISE A JOUR FICHE SANITAIRE

NOM DE L'ENFANT _____ PRÉNOM _____

Date de naissance ____ / ____ / ____

AUCUNE MODIFICATION À APPORTER À LA FICHE SANITAIRE DE MON ENFANT

Je soussigné(e) _____ (NOM) _____ (Prénom) responsable légal de l'enfant _____ déclare n'avoir **aucune modification à la fiche sanitaire du**

Dossier Unique d'Inscription de mon enfant.

Vaccins : Fournir les photocopies des vaccins à jour, et notamment les éléments concernant les vaccins obligatoires que sont la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite (DTPolio) ou contre-indications (attestation du médecin). Sans ces éléments à jour, l'inscription de votre enfant ne peut être validée.

Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : Si votre enfant bénéficie d'un PAI, nous vous rappelons qu'il devra être renouvelé tous les ans et que, sans ce document, aucune inscription ne pourra être effectuée.

MODIFICATIONS À APPORTER À LA FICHE SANITAIRE DE MON ENFANT

Je soussigné(e) _____ (NOM) _____ (Prénom) responsable légal de l'enfant _____ déclare **les modifications suivantes à la fiche sanitaire du**

Dossier Unique d'Inscription.

MODIFICATION DU MÉDECIN TRAITANT _____ **NUMÉRO DE TÉL** _____

MODIFICATIONS DU RÉGIME ALIMENTAIRE

Avez-vous **une nouvelle allergie alimentaire** à déclarer pour votre enfant ? Si oui, précisez _____ **PAI À FAIRE***

Avez-vous **une nouvelle habitude alimentaire** à déclarer pour votre enfant **sans lien** avec une allergie ?

Sans porc Végétarien Autre Précisez _____

MODIFICATIONS ALLERGIES AUTRES QU'ALIMENTAIRES

Avez-vous une **nouvelle allergie médicamenteuse** à déclarer pour votre enfant ? Si oui, précisez _____ **PAI À FAIRE***

Avez-vous une **nouvelle allergie (autre qu'alimentaire ou médicamenteuse)** à déclarer pour votre enfant ?

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

MODIFICATIONS MALADIES CONTRACTÉES Avez-vous de **nouvelles maladies** contractées à déclarer pour votre enfant (rubéole, angine, otite, coqueluche, rhumastime aigü, varicelle, oreillons, scarlatine, rougeole)

Si oui, précisez _____

MODIFICATIONS RENSEIGNEMENTS MEDICAUX AUTRES Avez-vous une **nouvelle pathologie** à déclarer pour votre enfant ?

Asthme Oui Diabète Oui Epilepsie Oui Si oui **PAI À FAIRE***

Votre enfant suit-il un **nouveau traitement** médical régulier ? Si oui, précisez _____ **PAI À FAIRE***

(Le Directeur de l'Accueil de Loisirs, ainsi que l'équipe d'animation ne sont pas habilités à donner des médicaments aux enfants qui leurs sont confiés (Cf. Code de la santé publique)

Avez-vous de **nouveaux renseignements médicaux** à déclarer (traitement médicamenteux en cas d'urgence, situation de handicap avec notification MDPH, nécessité d'un accompagnement particulier...)

Si oui, précisez _____ **PAI À FAIRE***

MODIFICATIONS RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS Avez-vous de nouvelles recommandations à apporter concernant votre enfant (lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc...) Si oui, précisez _____

Votre enfant présente-t-il un nouveau problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? (exemple : antécédents médicaux ou chirurgicaux, pathologies chroniques ou aiguës en cours, ou tout autre élément d'ordre médical considéré par les parents ou le responsable légal du mineur comme susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement du séjour)

Oui (informations sous pli cacheté à remettre au directeur de l'AL/ALAE) Non

Dans le cadre d'activités spécifiques, le responsable de l'Accueil de Loisirs vous demandera de fournir un certificat médical de non contre-indications pour que votre enfant puisse pratiquer l'activité en question. Sans ce document votre enfant ne pourra participer à l'activité. En cas d'hospitalisation temporaire (service d'urgences) pour des soins ne nécessitant pas une hospitalisation et par accord de l'équipe soignante, il sera appliqué la procédure de sortie de droit. (Article 55 du décret du 14 janvier 1974). En conséquence le directeur de l'Accueil de Loisirs sera autorisé à reprendre votre enfant. Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'ai pris connaissance que la notion d'urgence médicale est déterminée par les professionnels de santé et que l'autorité parentale ne peut être déléguée ni au directeur de l'accueil ni à l'organisateur.

Certifié exact,

à _____ le _____

Nom et signature du responsable légal