



DOSSIER SANITAIRE

ALSH

VILLE DE VENELLES Service Jeunesse 2023/2024

IDENTITE DE L'ENFANT

Nom de l'enfant : Prénom :

Né(e) le : A : Sexe : F M

Ecole : Classe :

Droit à l'image : OUI NON Autorisé à rentrer seul : OUI NON

Soins d'urgence : OUI NON Sait nager : OUI NON

Garde Alternée : OUI NON

Allocataire CAF : OUI NON Si non souhaitez-vous fournir l'Avis d'imposition : OUI NON

SANTE

Enfant porteur d'un handicap : OUI NON

Enfant à jour de ses vaccinations : OUI NON

L'enfant mouille-t-il son lit (sieste et/ou nuit) :

OUI NON OCCASIONNELLEMENT

ALLERGIES :

PAI : OUI NON

(si oui joindre le PAI et son protocole)

Alimentaires : OUI NON

Médicamenteuses : OUI NON

Asthme : OUI NON

Autres (animaux, plantes, pollen) : OUI NON

si oui préciser

.....

.....

Médecin traitant :

Tél :

Le mineur présente-t-il un problème de santé ?

OUI NON

si oui préciser

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Recommandations utiles des parents : (difficultés de sommeil, angoisse, lunettes, bouchons etc...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RESPONSABLE(S) DU MINEUR

Responsable N°1 :

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

.....

Ville : CP :

PROFESSION :

Régime Général : OUI NON

N° CAF : Dpt CAF :

E.mail :

Tél 1 :

Tél 2 :

Tél 3 :

Responsable N°2 :

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

.....

Ville : CP :

PROFESSION :

Régime Général : OUI NON

N° CAF : Dpt CAF :

E.mail :

Tél 1 :

Tél 2 :

Tél 3 :

Personnes habilitées à récupérer l'enfant et à prévenir en cas d'urgence, hors parents et par ordre de priorité :

Nom/Prénom : Tél : Statut :

Nom/Prénom : Tél : Statut :

Nom/Prénom : Tél : Statut :

Nom/Prénom : Tél : Statut :

Nom/Prénom : Tél : Statut :

Nom/Prénom : Tél : Statut :

Souhaitez-vous recevoir des informations utiles et pratiques d'autres services municipaux ? OUI NON

Je soussigné(e), responsable légal(e) 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 les mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de mon enfant et certifie accepter le règlement intérieur sans restriction.

Signature

Date :

Numéro de Dossier pour identification (Rf notice dans le portail famille « Documents ») :

Conformément à la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 dite loi informatique et liberté, vous disposez d'un droit d'accès et de modification de toutes données personnelles portées à votre connaissance.