



3/6 ans (maternelle) ☐ 7/10 ans (primaire) ☐ Ados ☐

MEROUX-MOVAL

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET SANITAIRE 2025-2026 ALSH Accueil de Loisirs/Club Ados

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE

Pour tout autre renseignement n'hésitez pas à nous contacter.

Coordonnée : periscolaire@meroux-moval.fr ou au 07 81 11 94 71 / 03 70 04 81 79

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :/...../..... Garçon ☐ Fille ☐ Age révolu : Classe :

Documents à joindre au dossier : NE PAS AGRAFER LES DOCUMENTS – MERCI

☐ Fiche de renseignement/sanitaire	☐ Photo d'identité (1 exemplaire, ne pas agraffer)
☐ Photocopie du carnet vaccination	☐ Attestation d'assurance extrascolaire
☐ Coupon règlement intérieur	☐ Coupon guide de la restauration scolaire

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Parent 1	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE PARENT 1
	ADRESSE :		
	☎ TEL	☎ TEL PRO	ADRESSE MAIL
Parent 2	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE PARENT 2
	ADRESSE :		
	☎ TEL	☎ TEL PRO	ADRESSE MAIL

Garde de l'enfant : Conjointe ☐ Père ☐ Mère ☐ Par Alternance ☐

Restauration scolaire : Repas traditionnel ☐ Repas sans viande ☐

J'autorise le secrétariat à consulter le site de la CAF pour me faire profiter d'un tarif en fonction du quotient familial

OUI ☐ NON ☐ Si OUI Numéro allocataire CAF (obligatoire) :

En cas de problème, si les parents sont injoignables, personnes à prévenir en cas d'urgence :

NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE
☎ TEL	☎ TEL PORTABLE	
NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE
☎ TEL	☎ TEL PORTABLE	

Nom de l'organisme :

DECHARGE DE RESPONSABILITE : J'autorise mon enfant à quitter l'accueil de loisir avec :

NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE
☎ TEL	☎ TEL PORTABLE	
NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE
☎ TEL	☎ TEL PORTABLE	

Mon enfant peut quitter le lieu d'accueil ALSH seul : OUI ☐ NON ☐
 Mon enfant peut quitter les études dirigées seul : OUI ☐ NON ☐ Pas concerné ☐

DROIT DES LIBERTES :

J'autorise la prise de photos ou vidéos OUI ☐ NON ☐
 J'autorise la diffusion de photos ou vidéos OUI ☐ NON ☐
 J'autorise l'utilisation de mon adresse mail pour toute correspondance OUI ☐ NON ☐

Ces restrictions ne pourront pas s'appliquer aux photos ou vidéos collectives. Les diffusions ne seront aucunement réalisées à des fins commerciales.

MODALITES DE PAIEMENT :

Les factures mensuelles sont à envoyer à : M ou Mme

Adresse :

Date de naissance : Employeur :

Je m'engage à régler les sommes dues à la réception des factures ☐ Signature

FICHE SANITAIRE [Joindre une copie des vaccins à jour](#)

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant l'accueil ? ☐ 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 et la posologie**). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

ALLERGIES : ☐ Asthme ☐ Alimentaires :
☐ Médicamenteuses : ☐ Autres :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, merci de le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION)

EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné (e) -----, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à : ----- Date : -----Signature :