



MEROUX-MOVAL

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

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	

ASSURANCE EXTRASCOLAIRE DE L'ENFANT Joindre une copie de l'attestation d'assurance :

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 :