



### Réservation annuelle ALAE matin

	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE	JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET
Lundi	<input type="checkbox"/>										
Mardi	<input type="checkbox"/>										
Mercredi	<input type="checkbox"/>										
Jeudi	<input type="checkbox"/>										
Vendredi	<input type="checkbox"/>										

### Réservation annuelle ALAE soir

	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE	JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET
Lundi	<input type="checkbox"/>										
Mardi	<input type="checkbox"/>										
Jeudi	<input type="checkbox"/>										
Vendredi	<input type="checkbox"/>										

### Réservation annuelle ALSH mercredi

	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE	JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET
12h/13h30	<input type="checkbox"/>										
12h/18h30	<input type="checkbox"/>										
13h30/18h30	<input type="checkbox"/>										

## Les enfants : de la maternelle au CM2

### 2ème enfant

NOM :	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance _ _ _ _ _	Classe	Etablissement scolaire
Prénom :				

### 3ème enfant

NOM :	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance _ _ _ _ _	Classe	Etablissement scolaire
Prénom :				

### 4ème enfant

NOM :	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance _ _ _ _ _	Classe	Etablissement scolaire
Prénom :				

## Les adolescents : de la 6ème à 17 ans

### 1er ado

NOM :
Prénom :
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date de naissance _ _ _ _ _
Classe

### 2ème ado

NOM :
Prénom :
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date de naissance _ _ _ _ _
Classe

### 3ème ado

NOM :
Prénom :
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date de naissance _ _ _ _ _
Classe



**DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION  
aux  
SERVICES MUNICIPAUX PERI et EXTRA-SCOLAIRES**

Photo

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant en évitant de vous démunir de son carnet de santé.  
Elle est obligatoirement conservée par le directeur de l'Accueil de Loisirs pour être remise au médecin en cas d'urgence (aucune copie n'est conservée en mairie).

**SIGNALEZ AU PLUS TÔT toutes modifications de renseignements portées sur cette fiche**

**Fiche sanitaire individuelle de liaison**

**L'enfant / L'adolescent**

NOM :	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Classe	Restriction alimentaire <sup>2</sup>
Prénom :				

**Renseignements médicaux**

Joindre les copies du carnet de santé ou un certificat de vaccinations. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

L'enfant / L'adolescent a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| - VARICELLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | - COQUELUCHE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | - OTITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                       |
| - ANGINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    | - SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | - Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Est-il allergique ?  Oui <sup>2</sup>  Non

- Si oui, à quoi ?  Asthme
- Aliment(s) (précisez) : .....
- Médicament(s) (précisez) : .....
- Autre (précisez) : .....

Suit-il un traitement médical ?  Oui <sup>2</sup>  Non

Si oui, lequel ? : .....

.....

.....

Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants emballés dans leur boîte d'origine avec notice et marqués au nom de l'enfant.

Indiquez les problèmes de santé (maladie, accident, crises convulsives, opération,...), les recommandations (port de lunettes ou de lentilles, prothèses dentaires ou auditives,...) ou toute autre information qu'il vous semble utile de signaler, en précisant les dates et les précautions à prendre : .....

**Médecin de famille**

NOM :	Prénom :
Adresse complète :	Téléphone fixe :
	Téléphone portable :

**Personne(s) à contacter en cas d'urgence**

NOM :	Téléphone(s) :	Lien de parenté :
Prénom :		
NOM :	Téléphone(s) :	Lien de parenté :
Prénom :		
NOM :	Téléphone(s) :	Lien de parenté :
Prénom :		
NOM :	Téléphone(s) :	Lien de parenté :
Prénom :		

<sup>2</sup> Allergie(s) et/ou aliment(s) à ne pas consommer pour raison de santé (joindre le Protocole d'Accueil Individualisé établi par le médecin scolaire).

## Renseignements complémentaires

### Autorisation de sortie

L'enfant / l'adolescent est-il autorisé à sortir seul de l'Accueil de Loisirs ?  Oui  Non  
 Si non, personne(s) autorisée(s) à récupérer l'enfant / l'adolescent :

NOM : Prénom :	Téléphone(s) :	Lien de parenté :
NOM : Prénom :	Téléphone(s) :	Lien de parenté :
NOM : Prénom :	Téléphone(s) :	Lien de parenté :
NOM : Prénom :	Téléphone(s) :	Lien de parenté :
NOM : Prénom :	Téléphone(s) :	Lien de parenté :
NOM : Prénom :	Téléphone(s) :	Lien de parenté :

- JE DECHARGE la Commune de La-Magdelaine-sur-Tarn de toute responsabilité avant l'arrivée et après le départ de l'enfant / l'adolescent avec cette(ces) personne(s).
- JE SUIS INFORME(E) que cette(ces) personne(s) sera(seront) contactée(s), notamment en cas de retard pour récupérer mon enfant / adolescent à l'heure de la fermeture.

### Droit à l'image

J'AUTORISE  JE N'AUTORISE PAS la commune de La-Magdelaine-sur-Tarn à diffuser les images de mon enfant / adolescent, prises en cours de fonctionnement pour illustrer les activités du service Accueil de Loisirs sur les différents supports communaux de communication.

**Je(nous) soussigné(e-s-es).....**  
 agissant en qualité de responsable(s) légal(aux) de l'enfant désigné sur cette fiche, déclare exacts et complets les renseignements mentionnés ; je(nous) m'engage(ons) à signaler immédiatement tout changement et autorise(ons) le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant / l'adolescent.  
 Je (nous) déclare(ons) que mon enfant est couvert par une responsabilité civile individuelle ou familiale.

Fait à ..... Le.....

**Signature obligatoire de chaque responsable légal, à faire précéder de la mention « Lu et approuvé »**