



Année

-----  
MAIRIE  
DE  
LAUZERVILLE  
-----

# A.L.A.E. de Lauzerville

Tél. Mairie : 05.61.39.95.00  
Tél. A.L.A.E. : 07.86.68.95.76  
Email : [periscolaire@mairie-lauzerville.fr](mailto:periscolaire@mairie-lauzerville.fr)

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS A.L.A.E.

**IDENTITE DE L'ENFANT:**     Garçon     Fille

Nom :

Prénom :

Adresse :

Né(e) le :

à

## **IDENTITE DES PARENTS:**

### **Responsable légal 1 :**

Nom :

Prénom :

Adresse : (uniquement si différente de l'enfant)

Téléphone :

Domicile :  
Portable :  
Travail :

Courriel :

### **Responsable légal 2 :**

Nom :

Prénom :

Adresse : (uniquement si différente de l'enfant)

Téléphone :

Domicile :  
Portable :  
Travail :

Courriel :

Les deux parents sont ils titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale ?

 Oui Non

**P.S** : Pièces à joindre en cas de divorce : photocopie du jugement concernant la garde.

### Utilisation des coordonnées :

- Autorisation communication par SMS en lien avec le périscolaire : oui  non
- Autorisation d'utilisation de l'adresse mail pour recevoir des informations périscolaires : oui  non
- Communication de l'adresse mail à l'association des parents d'élèves : oui  non

- N° sécurité sociale :
- Assurance :  N° contrat :
- Régime : CAF :  MSA :  Autre :
- Nom allocataire :
- N° allocataire :   
Si 2 adresses, merci d'indiquer le numéro allocataire CAF du parent habitant Lauzerville. La facture sera envoyée à celui-ci.

### AUTORISATION DE SORTIE :

Le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale, autorise(nt) :

- les personnes (d'au moins 10 ans révolus) à venir chercher l'enfant :

1 <sup>ère</sup> personne :	<input type="text"/>	téléphone :	<input type="text"/>
2 <sup>nd</sup> personne :	<input type="text"/>	téléphone :	<input type="text"/>
3 <sup>ème</sup> personne :	<input type="text"/>	téléphone :	<input type="text"/>
4 <sup>ème</sup> personne :	<input type="text"/>	téléphone :	<input type="text"/>
5 <sup>ème</sup> personne :	<input type="text"/>	téléphone :	<input type="text"/>

(Lorsque qu'il s'agit d'une tierce personne, cette dernière doit être munie obligatoirement d'une pièce d'identité).

- L'enfant à quitter seul l'A.L.A.E. (uniquement s'il a plus de 6 ans) -- **choisir un horaire :**  
16h15/17h00/18h00/18h30

Non

Oui, heure de départ de l'enfant : h

Jours de départ : Lundi  Mardi

Jeudi  Vendredi

(Cette information pourra être modifiée par mail ou papier libre à tout moment de l'année)

**DROIT A L'IMAGE :**

J'autorise l'équipe d'animation de l'A.L.A.E. de Lauzerville à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique pour la présentation et l'illustration de nos structures :

Projets internes à l'ALAE  Oui  Non  
Magazine le Lauzervillois  Oui  Non

Informations diverses destinées à l'A.L.A.E.

Rempli à , le  /  /



# MINISTÈRE DE LA JEUNESSE



Code de l'Action Sociale et des Familles

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

DATES ET LIEU DE L'ACCUEIL : ALAE LAUZERVILLE, ANNEE 2022/23

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ?

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*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME : oui  non

ALIMENTAIRES : oui  non

MÉDICAMENTEUSES oui  non

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication 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**.

.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE .....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT .....

*Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Rempli à ....., le .../.../2022

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

ALAE Lauzerville, 1 avenue de la mairie 31650 Lauzerville

Directrice : Marion BOUCHER 07.86.68.95.76

periscolaire@mairie-lauzerville.fr

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....