

## ALLERGIES :

ASTHME                      Oui                      Non                      MÉDICAMENTEUSES                      Oui                      Non

ALIMENTAIRES                      Oui                      Non

AUTRES.....

**SI PAI (Projet d'Accueil Individualisé) CONCERNANT VOTRE ENFANT, MERCI DE BIEN VOULOIR NOUS FOURNIR LE PROTOCOLE PRESCRIT PAR LE MEDECIN ET NOUS PRECISER, LES CONDUITES A TENIR !**

**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.....**

## **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

## **MEDECIN TRAITANT**

NOM DU MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)..... , responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur 2024/2025.

**Date :                      Signatures des responsables**

**Merci de bien vouloir remettre ce dossier d'inscription a l'accueil périscolaire ou à la mairie ou nous l'envoyer par**

**mail: [acmhellevilleheauville@laliguenormandie.org](mailto:acmhellevilleheauville@laliguenormandie.org). Pour tous renseignements vous**



# Helleville - Héauville

## INSCRIPTION ACCUEILS PÉRISCOLAIRES 2024/2025

Classe : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

## **ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_ SEXE : F ☐ M ☐

Prénom(s) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

## **RESPONSABLES LÉGAUX**

**Responsable 1 - réfèrent \***

Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone Travail : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

N° CAF (7 chiffres + 1 lettre): \_\_\_\_\_

Montant Quotient Caf: \_\_\_\_\_

Autre régime: \_\_\_\_\_

N°: \_\_\_\_\_

**responsable 2**

Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone Travail : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

N° CAF (7 chiffres + 1 lettre): \_\_\_\_\_

Montant Quotient Caf: \_\_\_\_\_

Autre régime: \_\_\_\_\_

N°: \_\_\_\_\_

*\*Responsable 1 réfèrent du portail famille. Dès que votre dossier sera créé , vous recevrez vos codes et identifiants par mail ainsi vous pourrez inscrire vos enfants , payer vos factures en ligne sur le site.*

## **AUTORISATIONS** (à cocher pour acceptation– Rayer si refus)

- ☐ J'autorise la prise de vue, de son, ainsi que leurs diffusions pour mon enfant lors de leurs réalisations dans le cadre des activités périscolaires.
- ☐ J'autorise mon enfant à participer aux activités encadrées hors des locaux de l'école (Gymnase, Salle des fêtes, ...)

Ligue de l'enseignement de normandie  
ALSH HELLEVILLE –HEAUVILLE



# FICHE SANITAIRE 2024- 2025

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ANNEE DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

## PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE et/ou AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE ( autre que le père et la mère de l'enfant):

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ À appeler en cas d'urgence ☐  
Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ Autorisé à prendre l'enfant ☐  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_ Téléphone travail : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ À appeler en cas d'urgence ☐  
Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ Autorisé à prendre l'enfant ☐  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_ Téléphone travail : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ À appeler en cas d'urgence ☐  
Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ Autorisé à prendre l'enfant ☐  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_ Téléphone travail : \_\_\_\_\_  
Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_ N° police d'assurance : \_\_\_\_\_

une adhésion annuelle de 5€ à la Ligue de l'enseignement est demandée par enfant ou par jeune, cette dernière donne accès à l'ensemble des accueils de loisirs péri scolaires. Cette adhésion assure également vos enfants lors de leurs pratiques de loisirs et contribue à soutenir un mouvement d'éducation populaire complémentaire de l'école publique.

**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

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? **Oui** **Non** (entourer la mention effective)

**Si oui** joindre l'ordonnance originale et l'autorisation des parents (Boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

J'autorise les encadrants des temps périscolaires à donner le traitement à mon enfant : **Oui** **Non** (entourer la mention effective)

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Non
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	