

- Copie attestation assurance Responsabilité civile
- Copie carnet de vaccination à jour
- Copie Attestation Aide aux Temps Libres de la CAF

**Année scolaire 2019/2020**

## Fiche de renseignement ALAE

Renseignement sur l'enfant	
NOM :	PRENOM :
Date de naissance :	Classe :
Etablissement scolaire :	

### Renseignement sur la famille

	Responsable légal 1 Lien avec l'enfant :	Responsable légal 2 Lien avec l'enfant :
Nom		
Prénom		
Adresse		
Mobile		
Bureau		
Courriel		

Adresse facturation si différente du responsable légal : .....

N° allocataire CAF : .....

### **Autorisations**

Je soussigné(e) ..... en qualité de .....

➤ autorise l'enfant .....

- à participer à toutes les activités de l'ALAE (intérieure et extérieure à l'école) OUI  NON
- à quitter seul l'ALAE pour rentrer à son domicile (école élémentaire) OUI  NON

➤ autorise l'ALAE

- ✧ à faire soigner l'enfant en cas d'urgence OUI  NON
- ✧ à utiliser les prises de vue représentant l'enfant lors de la réalisation de supports de communication (diffusion uniquement en interne) OUI  NON

### **Personnes autorisées à venir chercher l'enfant**

Nom	Prénom	Qualité	Téléphone

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## Vaccinations à jour (joindre une copie du carnet de vaccinations)

### Renseignements médicaux concernant l'enfant

- **Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)** OUI  NON
- **Maladie chroniques** : asthme, convulsion, diabète, autres (précisez).....
- **Réactions allergiques** : médicaments, aliments autres (précisez).....
- **L'enfant suit-il un régime alimentaire (précisez)** .....
- **L'enfant suit-il un traitement médical ?** OUI  NON
- **Autres difficultés de santé :** maladie, accident, hospitalisation, opération (préciser en indiquant la date)  
.....

### Précaution à prendre pour certaines activités sportives

- **Appareillages :** Lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, autre (précisez) :  
.....
- **Antécédents particuliers :** Fractures, entorses, autres (précisez) :  
.....

### Médecin traitant

Nom : ..... Téléphone : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....

### Attestation du responsable de l'enfant

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

**Date :**

**Signature :**

--