

CADRE RESERVÉ À L'ADMINISTRATION

Fiche reçue le \_\_\_\_\_ Transmise par \_\_\_\_\_  Assurance  Quotient Familial  
Enregistrée dans Agora le \_\_\_\_\_ Numérisée le \_\_\_\_\_  Vaccinations  Calendrier garde alternée

# FICHE ACCUEILS DE LOISIRS 2024-2025 MISE À JOUR DU DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

NOM DE L'ENFANT \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe  M  F  
École \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

## RAPPEL

### DOCUMENTS A RENOUELER :

**PHOTOCOPIE DES JUSTIFICATIFS DE VACCINATIONS, ATTESTATION D'ASSURANCE, QUOTIENT FAMILIAL AU MOIS DE JANVIER.  
AUCUNE INSCRIPTION NE POURRA ÊTRE VALIDÉE SI LE DOSSIER N'EST PAS COMPLET**

## AUCUNE MODIFICATION À APPORTER AU DOSSIER INITIAL DE MON ENFANT

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ (NOM) \_\_\_\_\_ (Prénom)

responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_ déclare n'avoir **aucune modification à apporter à la fiche administrative du Dossier Unique d'Inscription de mon enfant.**

Je profite de la mise à jour du dossier de mon enfant pour adhérer à la **facture électronique**. Ce service me permet de consulter et de régler mes factures ALAE, en ligne, sur mon Portail Famille. Un mail me sera automatiquement envoyé, dès que ma facture sera diffusée (les identifiants de connexion seront envoyés par mail).

Email \_\_\_\_\_

## MODIFICATIONS À APPORTER AU DOSSIER INITIAL DE MON ENFANT

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ (NOM) \_\_\_\_\_ (Prénom)

responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_ déclare **les modifications suivantes à la fiche administrative du**

**Dossier Unique d'Inscription.**

### MODIFICATIONS DE COORDONNÉES

Email \_\_\_\_\_

Tél. portable / domicile / professionnel \_\_\_\_\_

N° CAF \_\_\_\_\_ ou MSA \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

### MODIFICATIONS DES PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Tiers à prévenir en cas d'urgence et/ou pouvant récupérer votre enfant (une pièce d'identité pourra être demandée) :

Nom/prénom \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

À prévenir  Récupère l'enfant \* Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom/prénom \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

À prévenir  Récupère l'enfant \* Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

J'atteste avoir pris connaissance des conditions générales de fonctionnement de l'ALAE et de l'AL, du Règlement Intérieur et d'en respecter les termes. Cette fiche de mise à jour est complémentaire au dossier unique d'inscription. Il est obligatoire de la compléter chaque année. **Je suis informé(e) qu'aucune inscription ne pourra être effectuée, tant que le dossier n'est pas complet.** La loi 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification, pour les données vous concernant. Je m'engage à signaler tout changement de situation au service (coordonnées, autorisations, personnes à prévenir, ...)

### MODIFICATIONS AUTORISATIONS

Partir seul  
(Enfant de plus de 6 ans)

ALAE  Oui  Non AL  Oui  Non

Si oui, précisez l'heure \_\_\_\_\_

Publication de photos sur un support de communication interne et externe au CIAS

ALAE  Oui  Non AL  Oui  Non

Quitter l'activité pour participer à l'APC  
(Accompagnement Personnalisé  
Complémentaire)

ALAE  Oui  Non

**Certifié exact,**

à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Nom et signature du responsable légal**

# FICHE ACCUEILS DE LOISIRS 2024-2025

## MISE À JOUR DES INFORMATIONS SANITAIRES

NOM DE L'ENFANT \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### AUCUNE MODIFICATION À APPORTER À LA FICHE SANITAIRE DE MON ENFANT

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ (NOM) \_\_\_\_\_ (Prénom) responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_ déclare n'avoir **aucune modification à la fiche sanitaire du Dossier Unique d'Inscription de mon enfant.**

**Vaccins :** fournir les photocopies des justificatifs de vaccinations à jour et, notamment, les éléments concernant les vaccins obligatoires. **Pour les enfants nés avant le 1er janvier 2018, 3 vaccins obligatoires :** Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite. **Pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018, 11 vaccins obligatoires :** Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, *Hæmophilus Influenzae*, Hépatite B, Rougeole, Oreillons, Rubéole, Pneumocoque, Méningocoque. Sans ces éléments à jour, l'inscription de votre enfant ne peut être validée.

**Projet d'Accueil Individualisé (PAI) :** Si votre enfant dispose d'un PAI, nous vous rappelons qu'il devra être renouvelé tous les ans et que, sans ce document, aucune inscription ne pourra être effectuée.

### MODIFICATIONS À APPORTER À LA FICHE SANITAIRE DE MON ENFANT

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ (NOM) \_\_\_\_\_ (Prénom) responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_ déclare **les modifications suivantes à la fiche sanitaire du Dossier Unique d'Inscription.**

**MODIFICATION DU MÉDECIN TRAITANT :** \_\_\_\_\_ **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE** \_\_\_\_\_

#### MODIFICATIONS DU RÉGIME ALIMENTAIRE

Avez-vous **une nouvelle allergie alimentaire** à déclarer pour votre enfant ? Si oui, précisez : \_\_\_\_\_ **PAI À FAIRE\***

Avez-vous **une nouvelle habitude alimentaire** à déclarer pour votre enfant **sans lien** avec une allergie ?

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_ **PAI À FAIRE\***

#### MODIFICATIONS ALLERGIES AUTRES QU'ALIMENTAIRES

Avez-vous une **nouvelle allergie médicamenteuse** à déclarer pour votre enfant ? Si oui, précisez : \_\_\_\_\_ **PAI À FAIRE\***

Avez-vous une **nouvelle allergie (autre qu'alimentaire ou médicamenteuse)** à déclarer pour votre enfant ?

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication le signaler) : \_\_\_\_\_ **PAI À FAIRE\***

#### MODIFICATIONS MALADIES CONTRACTÉES

Avez-vous de **nouvelles maladies** contractées à déclarer pour votre enfant (rubéole, angine, otite, coqueluche, rhumastime aigü, varicelle, oreillons, scarlatine, rougeole). Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

#### MODIFICATIONS RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX AUTRES

Avez-vous une **nouvelle pathologie** à déclarer pour votre enfant ?

Asthme  Oui Diabète  Oui Epilepsie  Oui Si oui **PAI À FAIRE\***

Votre enfant suit-il un **nouveau traitement** médical régulier ? Si oui, précisez : \_\_\_\_\_ **PAI À FAIRE\***

**Le directeur de l'Accueil de Loisirs, ainsi que l'équipe d'animation ne sont pas habilités à donner des médicaments aux enfants qui leurs sont confiés (Cf. Code de la Santé Publique)**

Avez-vous de **nouveaux renseignements médicaux** à déclarer (traitement médicamenteux en cas d'urgence, situation de handicap avec notification MDPH, nécessité d'un accompagnement particulier...). Si oui, précisez : \_\_\_\_\_ **PAI À FAIRE\***

#### MODIFICATIONS RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Avez-vous de nouvelles recommandations à apporter, concernant votre enfant (*lunettes, lentilles de contact, prothèses auditives, prothèses dentaires etc...*) Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Votre enfant présente-t-il un nouveau problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter (*antécédents médicaux ou chirurgicaux, pathologies chroniques ou aiguës en cours, ainsi que tout autre élément d'ordre médical, considéré par les parents ou le responsable légal du mineur comme susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement du séjour*) ?

Oui (*informations sous pli cacheté à remettre au directeur de l'AL/ALAE*)  Non

Dans le cadre d'activités spécifiques, le responsable de l'Accueil de Loisirs vous demandera de fournir un certificat médical de non contre-indications, pour que votre enfant puisse pratiquer l'activité en question. Sans ce document, votre enfant ne pourra participer à l'activité. En cas d'hospitalisation temporaire (service d'urgences), pour des soins ne nécessitant pas une hospitalisation et par accord de l'équipe soignante, il sera appliqué la procédure de sortie de droit (article 55 du décret du 14 janvier 1974). En conséquence, le directeur de l'Accueil de Loisirs sera autorisé à reprendre votre enfant. Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'ai pris connaissance que la notion d'urgence médicale est déterminée par les professionnels de santé et que l'autorité parentale ne peut être déléguée, ni au directeur de l'accueil ni à l'organisateur.

**Certifié exact,**

à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Nom et signature du responsable légal**