



# ACCUEIL DE LOISIRS PÊLE-MÊLE FICHE ENFANT



**ALSH fréquenté :**    LA GUERCHE (CP-CM2)     MOUTIERS (PS-GS)     BAIS     **Année :**

**Classe fréquentée durant l'année scolaire :**

## IDENTITÉ

**Sexe :**     Garçon     Fille

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naiss :** ..... **Ville de naiss :** .....

## RESPONSABLE LÉGAL n°1

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**CP** ..... **Commune** .....

**☎ Domicile :** ...../...../...../...../..... **☎ Portable :** ...../...../...../...../..... **☎ Professionnel :** ...../...../...../...../.....

## RESPONSABLE LÉGAL n°2

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**CP** ..... **Commune** .....

**☎ Domicile :** ...../...../...../...../..... **☎ Portable :** ...../...../...../...../..... **☎ Professionnel :** ...../...../...../...../.....

## ACCOMPAGNANTS

Nom	Prénom	Lien de parenté	N° téléphone

*Je m'engage à communiquer tout changement de cette liste (par écrit) auprès de la direction.*

## VACCINATIONS

Photocopie des vaccins du carnet de santé obligatoire

**Date du dernier DT Polio :** .....

## MÉDECIN TRAITANT

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**CP** ..... **Commune** .....

**☎ Cabinet médical :** ...../...../...../...../.....

## MALADIES ET ALLERGIES

L'enfant suit-il actuellement un traitement médical pendant l'accueil ?  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  Varicelle  Angine  Coqueluche  Otites  Rhumatisme articulaire aigu  
 Oreillons  Rougeole  Scarlatine  Autres : .....

- L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) :  oui  non Nature du PAI : .....
- L'enfant bénéficie-t-il d'une AESH en milieu scolaire :  oui  non
- L'enfant bénéficie-t-il d'une aide AEEH :  oui  non
- L'enfant est-il scolarisé dans un établissement médico-social :  oui  non

L'enfant est-il allergique ?  Alimentaire  Médicamenteuse  Autre (animaux, pollen): .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause, les signes évocateurs et précisez la conduite à tenir :

.....  
.....

En cas de régime alimentaire, précisez :  sans viande  sans porc

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, asthme, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation, diabète) de l'enfant en précisant les dates et les éventuelles précautions à prendre :

.....  
.....

### Autres

Votre enfant porte-t-il des lunettes ou des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, etc..., précisez ci-dessous :

.....  
.....

## AUTORISATIONS DIVERSES

Photos		Maquillage		Baignade		Activités physiques	
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure ou du séjour à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant

### PÊLE-MÊLE SPORTS ET LOISIRS

4 RUE DES DEUX GARES  
35130 LA GUERCHE DE BRETAGNE  
☎ 02.99.96.35.74  
☎ La Guerche-Moutiers : 06.16.60.16.89  
☎ Bais 06.19.38.02.88  
✉: [sportsetloisirs@pelemele.org](mailto:sportsetloisirs@pelemele.org)



A....., le.....  
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »