

DOSSIER ADMINISTRATIF : Péri et Extrascolaires



Service Enfance – Castelrose
Tél : 01.34.08.19.09 / 19.27
s.enfance@ville-isle-adam.fr

Accueil de Loisirs Jean-Paul Nombrot
Tél. : 01.34.69.23.84
alsh@ville-isle-adam.fr

POUR CREATION DU PORTAIL FAMILLE

NOM DOSSIER :
Numéro DOSSIER :

INFORMATIONS OBLIGATOIRES

L ENFANT :

Nom : Prénom :

Date de Naissance : ☐ garçon ☐ fille..

VACCINATIONS : Les photocopies des vaccins à jours sont à fournir obligatoirement. (Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.)

Pour rappel les vaccins obligatoire sont : Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP), Coqueluche, Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B, Hépatite B, Infections invasives à pneumocoque, Méningocoque de séro groupe C, Rougeole, oreillons et rubéole

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL D'UN PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI) –

- POUR DE L'ASTHME : ☐ OUI ☐ NON Précisez :
- POUR DES ALLERGIES AUX MEDICAMENTS : ☐ OUI ☐ NON Précisez :
- POUR DES ALLERGIES ALIMENTAIRES : ☐ OUI ☐ NON Précisez :
- Repas fourni par la famille : ☐ OUI ☐ NON
- AUTRES - Précisez :

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

- | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|--------------------------------|
| ☐ RUBÉOLE | ☐ VARICELLE | ☐ ANGINE | ☐ COQUELUCHE | ☐ OTITE |
| ☐ SCARLATINE | ☐ ROUGEOLE | ☐ OREILLONS | ☐ RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU | |

L'ENFANT A-T-IL DES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) : ☐ OUI ☐ NON. Précisez 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 ☐ Autres

RESPONSABLE 1 :

Nom – Prénom :

☐ Père ☐ Mère ☐ Autre

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél domicile :Tél portable :

Adresse mail :

RESPONSABLE 2 :

Nom – Prénom :

☐ Père ☐ Mère ☐ Autre

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél domicile :Tél portable :

Adresse mail :

AUTORISATIONS

En mon absence, j'autorise les personnes ci-dessous à venir chercher mon enfant et/ou **en cas de maladie**, prévenir :

M. ou Mme Tél portable :Lien de parenté :

M. ou Mme..... Tél portable :Lien de parenté :

M. ou Mme Tél portable :Lien de parenté :

M. ou Mme Tél portable :Lien de parenté :

Fait à LeSignature(s) du ou des représentants légal (aux)