carcassonne agglo
AUDACE & SOLIDARITÉ

CADRE RESERVÉ À L'ADMINISTRATION

Fiche reçue le _____ Transmise par _____ ☐ ASSURANCE ☐ QF

Enregistrée dans Agora le _____ Scannée le _____ ☐ VACCINS ☐ Calendrier GA 2021-2022

# FICHE 2021-2022
# MISE À JOUR DU DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

NOM DE L'ENFANT _____ PRÉNOM _____

Date de naissance ____ /____ /____ Sexe ☐ M ☐ F

École _____ Classe _____

**RAPPEL DOCUMENTS A RENOUVELER : photocopie des vaccins, attestation d'assurance, quotient familial au mois de Janvier.**

## 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 en ligne.
*(vos 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 <u>modifications suivantes</u> à la fiche administrative du Dossier Unique d'Inscription**.

### MODIFICATIONS DE COORDONNÉES

Email _____

Tél. domicile _____

Tél. portable _____

Tél. pro _____

N° CAF _____ ou MSA _____

Adresse _____

Code postale _____ 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 prevenir ☐ Récupère l'enfant

Nom/prénom _____ Tél _____

☐ À prevenir ☐ Récupère l'enfant

### MODIFICATIONS AUTORISATIONS

Partir seul
*(uniquement enfant de + 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

*J'atteste avoir pris connaissance et compris les conditions générales de fonctionnement de l'AL et de l'ALAE, d'avoir pris connaissance du Règlement Intérieur et d'en respecter les termes. Cette fiche de mise à jour est complémentaire au dossier unique d'inscription est obligatoire chaque année. Je suis informé(e) que tant que le dossier n'est pas complet, aucune inscription ne pourra être effectuée. 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...)*

**Certifié exact,**

**à** _____ **le** _____

**Nom et signature du responsable légal**

# FICHE 2021-2022
# MISE A JOUR FICHE SANITAIRE

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 vaccins 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 (DT Polio). **Pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018, 11 vaccins obligatoires :** Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, Hæmophilus Influenzae, Hépatite B, Rougeole / Oreillons / Rubéole (ROR), Pneumocoque, Méningocoque. Sans ces éléments à jour, l'inscription de votre enfant ne peut être validée.
**Projet d'Accueil Individualisé (PAI) :** Si votre enfant bénéficie 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 TÉL** _____

**MODIFICATIONS DU RÉGIME ALIMENTAIRE**

Avez-vous **une nouvelle allergie alimentaire** à déclarer pour votre enfant ? Si oui, précisez _____

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

☐ Sans porc ☐ Végétarien ☐ Autre Précisez _____

**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)

_____

**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 MEDICAUX 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, des lentilles, des prothèses auditives, des 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 ? *(exemple : antécédents médicaux ou chirurgicaux, pathologies chroniques ou aigües en cours, ou 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**