



**OFFICE SOCIO EDUCATIF DE NALLIERS**  
**ALSH Jacques Prévert - Pass' R'Ailes - AJ La Loco - Ecole de Sport**  
**Fiche d'Adhésion et fiche sanitaire**

Année 20.../20...  
 Renseignements certifiés exacts, signature :  
 Rgmt adhésion :  oui  non

Nom	Prénom	Date de Naissance	Fille / Garçon
N° de portable de l'enfant	Adresse mail de l'enfant		

Etablissement scolaire fréquenté : .....

	Tuteur 1, percevant les allocations familiales	Tuteur 2
Nom		
Prénom		
Lien de parenté		
Adresse Postale		
CP et Ville		
E mail		
Tel Fixe		
Tel Portable		
Tel Pro		
Employeur et métier		
N° sécu. soc.		
N° CAF, MSA		

Année 20.../20...  
 Renseignements certifiés exacts, signature :  
 Rgmt adhésion :  oui  non

**Personnes, autres que les parents, ayant l'autorisation de prise en charge:**

Nom Prénom	Coordonnées	Lien avec l'enfant	A contacter en cas d'urgence	
			Oui	Non

Année 20.../20...  
 Renseignements certifiés exacts, signature :  
 Rgmt adhésion :  oui  non

**Autorisations**

	Oui	Non
J'autorise l'OSE à utiliser l'image de mon fils / ma fille pour ses documents de diffusion, pour le site internet de l'OSE et dans la presse		
J'autorise l'OSE à utiliser l'image de mon fils / ma fille sur les réseaux sociaux utilisés par l'association		
J'autorise l'OSE à utiliser les créations (arts plastiques, vidéos ou documents sonores) de mon enfant lors d'expositions, ou de temps de visionnages collectifs		
J'autorise l'OSE à utiliser mon N° d'allocataire pour consulter les données me concernant sur le site CAF Pro (ceci afin de bénéficier des tarifs établis en fonction du quotient familial)		
J'autorise mon fils / ma fille à être maquillé		
J'autorise les personnels de l'OSE ou des bénévoles de l'association à transporter mon fils ma fille dans leurs véhicules personnels		
Autorisez-vous votre fils / fille à quitter les locaux (Centre de Loisirs, Accueil Périscolaire, Accueil jeunes ou salle de sports pour l'école de sport) seul en fin d'après-midi ou d'activité		
Pour l'Accueil jeunes et pour les moins de 15 ans : Autorisez-vous votre fils / fille à quitter les locaux en cours d'après-midi lors des temps d'accueil libre		
J'accepte de recevoir ma facture par mail quand ce sera possible		

Année 20.../20...  
 Renseignements certifiés exacts, signature :  
 Rgmt adhésion :  oui  non

**Autorisation d'hospitalisation - attestation règlement intérieur**

Je soussigné, .....responsable légal de .....déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, m'engage à prendre connaissance du règlement intérieur et à le respecter et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon fils / ma fille.

Date :

Signature : (Précédée de la mention « bon pour pouvoir ») :

**Renseignements médicaux**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. S'il y a lieu, les informations concernant la santé de votre enfant durant son séjour vous seront ensuite communiquées

**1°) Médecin traitant :**

Nom prénom : ..... Téléphone .....

**2°) Vaccinations** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

	Dates des derniers rappels		Dates
DTPolio ou Pentacoq Vaccin obligatoire		Rubéole – Oreillons - Rougeole	
Hépatite B		Autre (préciser) :	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.  
ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

**3°) Renseignements Médicaux concernant l'enfant**

- L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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)

- **Allergies** : Asthme Oui  Non  Médicamenteuses Oui  Non   
Alimentaires Oui  Non  Autres : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) : .....  
.....  
.....  
.....

Les **difficultés de santé** (maladies, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre. ....  
.....  
.....

**4°) Recommandations utiles des parents :**

- Votre fille / fils est-il (elle) propre ? ..... La journée : oui  non  La nuit Oui  Non
- Concernant les filles : Est-elle réglée : oui  non
- Un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) a-t-il été signé avec l'école que fréquente votre enfant ? Oui  Non
- Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Des lunettes			Prothèses auditives			Prothèses autre, (précisez) : .....		
Des Lentilles			Prothèses dentaires			.....		

Autres informations sur la santé de votre enfant : .....  
.....  
.....  
.....  
.....

Si vous avez d'autres recommandations à faire n'hésitez pas à nous les communiquer avec cette fiche sur papier libre.