



# ALSH TRÉMAÏDIC 3/6 ans

Cité de Kroas Saliou - rue du 8 mai 1945, 29280 PLOUZANÉ

## Dossier administratif 2024/2025

### Enfant

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../..... à ..... Sexe : M  F

Adresse : .....

Ecole et classe : .....

Fait-il la sieste ? Oui  Non

Couche durant la sieste (prévoir si nécessaire) : Oui  Non

Horaires de dépose et récupération : .....

*Informer par mail au plus tard la veille à 12h en cas de changement.*

*Merci de joindre une attestation de responsabilité civile au nom de votre enfant.*

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
N° portable :	N° portable :
N° travail :	N° travail :
Adresse mail :	Adresse mail :

### Contacts à prévenir en cas d'urgence

*Hors responsables légaux*

Noms / Prénoms	Lien avec l'enfant	N° téléphone

### Fiche sanitaire

Médecin : ..... Téléphone : ...../...../...../...../.....

Groupe sanguin : ..... (si connu)

L'enfant suit-il un traitement médical ? Si oui, lequel ? .....

*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 ? Si oui, entourez.*

Rubéole	Varicelle	Angine	Rumatisme articulaire aigu	Scarlatine
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	

**Merci de joindre la copie du carnet de vaccination ou une attestation de vaccination à jour.**

ALLERGIES : ASTHME Oui  Non  MÉDICAMENTEUSES Oui  Non   
ALIMENTAIRES Oui  Non  AUTRES : .....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC ... PRÉCISEZ.

L'ENFANT A-T-IL DES RESTRICTIONS ALIMENTAIRES (SANS PORC, SANS BŒUF, ETC...), PRÉCISEZ.

## Autorisations de récupération

Je reconnais que la responsabilité de la direction de l'ALSH Trémaïdic sera dérogée de toute responsabilité dès que mon enfant aura franchi la porte de sortie de l'accueil.

J'autorise la ou les personnes suivantes **MAJEURES** à récupérer mon ou mes enfants à l'ALSH Trémaïdic situé à l'École de Kroas Saliou à Plouzané (Préciser : Nom, prénom et date de naissance de chaque personne) :

- 
- 
- 
- 
- 

## Signature

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare :

- Autoriser mon enfant à participer à toutes les activités organisées dans le cadre de l'ALSH.
- Autoriser la Direction de l'ALSH à faire hospitaliser mon enfant au centre de soin le plus proche si son état le nécessite et autorise la structure qui accueille l'enfant à lui prodiguer des soins.
- Autoriser l'ALSH Trémaïdic à diffuser sur ses supports de communication (site internet, réseaux, flyers, affiches, articles de presse...) les photos ou vidéos prises dans le cadre de ses activités.
- Avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et certifie exacts tous les renseignements portés sur ces documents.

Date :

Signature :



**COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR :**  
**ALSH TREMAIDIC**  
**STADE DE TREMAIDIC, 29280 PLOUZANE**



## CHECKLIST

ALSH 3-6 ans

les mercredis et vacances



★ *un change*

UN PETIT ACCIDENT, CA ARRIVE... 😊

★ *un doudou et/ou une tétine*

PEUT ÊTRE LE MÊME QU'À LA MAISON ?  
LE DOUDOU, UN INDISPENSABLE ! ❤️

★ *une couverture et un oreiller*

SI VOTRE ENFANT FAIT LA SIESTE UNIQUEMENT 😊

★ *boîter de lunettes*

IDENTIFIÉ AU NOM DE L'ENFANT

★ *une serviette de table*

POUR LA CANTINE 🍷

★ *une petite blouse*

POUR LES ACTIVITÉS 🧸

★ *des mouchoirs*

POUR LES RHUMES ET LES PETITE LARMES 🤧

