

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné

Autorise mon enfant

- ❖ A participer aux activités organisées par la structure ALSH-ALP-ADOS de Cournonsec (activités manuelles, sportives, et culturelles, baignade, activités sportives, camps...).
- ❖ Autorise les directeurs de l'ALSH-ALP-ADOS de Cournonsec à faire soigner mon enfant, et à prendre, sur avis médical et en cas de nécessité, toutes les mesures d'urgence, y compris éventuellement son hospitalisation. Je m'engage s'il y a lieu à rembourser le montant des frais engagés.
- ❖ Décharge toute responsabilité de l'ALP lors des sorties organisées par l'école et qui se dérouleraient sur le temps périscolaire.
- ❖ Déclare avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur.
- ❖ Autorise les personnes listées ci-dessous à venir chercher mon enfant dans les locaux ALSH-ALP de Cournonsec

NOM :	Prénom :	tel :	/	/	/	/
NOM :	Prénom :	tel :	/	/	/	/
NOM :	Prénom :	tel :	/	/	/	/
NOM :	Prénom :	tel :	/	/	/	/
NOM :	Prénom :	tel :	/	/	/	/
NOM :	Prénom :	tel :	/	/	/	/

Date :

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

DOCUMENTS A JOINDRE IMPERATIVEMENT AU DOSSIER:

- Copie des avis d'imposition du foyer [2025 sur les revenus 2024 \(recto/verso\)](#)
- Photocopies du carnet de vaccinations à jour
- Attestation d'assurance « scolaire + extrascolaire » année scolaire 2026-2027
- Attestation sécurité sociale valide où apparait le nom de l'enfant

En l'absence d'élément sur les ressources familiales, le tarif maximum sera appliqué, sans effet rétroactif.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Hæmophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (Informations nécessaires en cas d'urgence)

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).
Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui précisez oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :
Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :
NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :