



Syndicat Intercommunal du Canton  
de Saint Alban Leysse - SICSAL  
120, Avenue de la Mairie  
  
73230 ST ALBAN LEYSSE  
Tel : 04 79 70 76 01

## Fiche Enfant

### Enfant

Nom : Prénom :  
Age : Nationalité :  
Sexe : Né(e) le à  
Ecole : Classe :

### Famille - Réceptionnaire de la facture

NOM : Prénom :  
Adresse : Téléphone :  
Mobile : E-mail :  
Situation familiale : Régime : CAF - MSA - Autres  
N° Allocataire : QF :

### Parent 1 :

Nom : Prénom :  
Adresse :  
  
Né(e) le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à  
Nationalité :  
  
Téléphone :  
Mobile :  
  
N° Allocataire :  
Profession :  
Société :  
  
Tél. Pro. :  
  
Autorité Parentale

### Parent 2 :

Nom : Prénom :  
Adresse :  
  
Né(e) le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à  
Nationalité :  
  
Téléphone :  
Mobile :  
  
N° Allocataire :  
Profession :  
Société :  
  
Tél. Pro. :  
  
Autorité Parentale

Personnes à contacter en cas d'urgence			
Nom / Prénom	Adresse	Téléphone	Lien de famille
Personnes autorisées à venir chercher l'enfant			
Nom / Prénom	Adresse	Téléphone	Lien de famille

Autorisations		
	Oui - Non	Remarques
ALSH Jeunesse - Autorisation partir seul		
Autorisation de baignade		
Autorisation de transport		

à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_



## 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
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL 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 préciser  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 :

**SYNDICAT INTERCOMMUNAL DU  
CANTON DE SAINT-ALBAN-LEYSSE**

120 Av de la Mairie – 73230 STALBAN LEYSSE  
Tél : 04.79.70.76.01 – adg@sicsal.fr



REGLEMENT INTERIEUR

Je/nous soussigné(e)(ons)....., avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils de loisirs du Sicsal dans sa version validée le 18/02/2020.

J'/(nous) accepte(ons) l'ensemble des dispositions dudit règlement et je (nous) m'(nous) engage(ons) à en respecter toutes les clauses.

Le règlement intérieur est applicable dès l'adhésion de l'enfant et pour toutes les inscriptions présentes et à venir. Toute nouvelle version fera l'objet d'une nouvelle remise en main propre avec signature aux parents ou représentants légaux.

Date : Représentant Légal / Parents

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné, Monsieur/Madame .....

autorise / n'autorise pas la prise de photos de mon/mes enfants (s) : noms / prénoms

.....  
Lors des activités réalisées par le Sicsal dans le cadre des accueils de loisirs.

autorise / n'autorise pas l'usage des photos de mon/mes enfants (s) .....  
à titre gracieux pour illustrer les communications du Sicsal.

Cette autorisation ne vaut que les pour photos réalisés pour l'année d'adhésion soit 20.....

Date : Représentant Légal / Parents

USAGE DES DONNEES PERSONNELLES

Les accueils de loisirs du Sicsal et son service administratif disposent de moyens informatiques destinés à gérer les inscriptions, facturations et règlements.

Les informations enregistrées sont réservées à l'usage des accueils de loisirs et du service administratif et ne peuvent être communiquées qu'aux destinataires suivants : *Caisse d'Allocations Familiales de la Savoie, Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la protection des populations, Services de l'enfance.*

Depuis la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant au service administratif du Sicsal.

Date : Représentant Légal / Parents