

(Ce document est à remplir obligatoirement par le(s)
responsable(s) légal(aux) de l'enfant - (1) Joindre
photocopie merci)

4/5 ans 10/12 ans
6/9 ans 10/13 ans
14/17 ans

Nom de l'enfant :

Garçon Fille

Prénom :

Né(e) le : _____ à : _____

Adresse :

Tél. portable et/ou fixe :

@ :

Taille :

Poids :

Pointure :

Sport pratiqué en club :

Vos prestations Sociales et Familiales (1)

CAF Ardèche CAF Drôme MSA Bourses départementales

Autres :

N° de Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant) :

Quotient Familial (1) :

N° allocataire :

Compagnie d'assurance et N° de contrat (1) :

Numéro de téléphone de la compagnie :

Nom du responsable pendant le séjour :

Prénom :

Adresse :

Tél. fixe :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

@ :

Nom du responsable légal (Père/Mère) :

Prénom :

Adresse :

Tél. fixe :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

@ :

Nom du responsable légal (Père/Mère) :

Prénom :

Adresse :

Tél. fixe :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

@ :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom & Prénom

Lien de parenté

N° de téléphone

.....
.....
.....
.....
.....

Renseignements médicaux concernant l'enfant (1)

Groupe sanguin si connu :

L'enfant suit-il un traitement médical ?

Oui

Non

Si Oui, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments d'origines marquées au nom de l'enfant et avec la notice, à remettre dans un sac et en mains propres au Directeur de l'ALSH ou au Responsable du groupe)

« ATTENTION AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE ! »

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ? (1) Rougeole Oui Non / Oreillons Oui Non

Rubéole Oui Non / Varicelle Oui Non / Coqueluche Oui Non /

Otite Oui Non Allergies : Asthme Oui Non / Alimentaires Oui Non

Médicamenteuses Oui Non

Autres :

Vaccins obligatoires (1): Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite ou DT Polio ou Tétracoq

Vaccins recommandés (1): Hépatite B, Rubéole, Oreillons, Rougeole, Coqueluche, BCG.

Indiquez ci-après : Les difficultés de santé, (allergie, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre. Votre enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc...ainsi que toute autre recommandation qui vous semble utile concernant la santé de votre enfant.

.....P.A.I. :

Projet d'Accueil Individualisé en cours ? si oui nous faire suivre le protocole et toutes informations utiles. (1)

Médecin traitant :

Numéro de téléphone :

Autorisations

- J'autorise le responsable de l'accompagnement et (ou) du séjour à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale, transfert vers l'hôpital ou à donner les médicaments nécessaires au traitement de mon enfant sur ordonnance médicale uniquement.

- J'autorise le responsable de l'accompagnement et (ou) du séjour à faire la sortie de l'hôpital de notre enfant, si son état de santé est jugé satisfaisant par le médecin de service.

- Je m'engage à rembourser dès la fin de l'activité la Communauté de Communes Ardèche Rhône Coiron l'avance des frais médicaux qui seraient engagés à cette occasion.

- J'autorise l'équipe d'animation à diffuser l'image de mon enfant qui pourrait être prise lors des manifestations organisées par celle-ci, sur tous types de supports.

- J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin de l'activité.

- J'ai pris connaissance du règlement intérieur et je m'engage à le faire respecter.

- J'autorise le Service Jeunesse à me faire suivre par mail toutes les informations concernant les animations sur la Communauté de Communes Ardèche Rhône Coiron et tous les documents administratifs (factures,...).

Je soussigné(e),

responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à

Signature

Le

RECUEIL D'INFORMATIONS AVANT ACCUEIL D'UN ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP

Dossier confidentiel à remplir par le référent professionnel de l'enfant et sa famille. Ce document doit être rempli de la manière la plus exhaustive possible pour permettre à toute l'équipe de mieux accueillir l'enfant.

CENTRE DE LOISIRS DE CRUAS / LE TEIL / SAINT LAGER BRESSAC / VALVIGNERES

Personne référente :

Tel : Mail :

Jours d'accueil prévus (après préparation) :

ETABLISSEMENT DE SCOLARISATION :

Nom :

Adresse :

Référent de l'enfant (enseignant, AVS ...) :

Tél :

Mail :

STRUCTURE SPECIALISEE :

Nom :

Adresse :

Tél :

Mail :

Personne référente de l'enfant :

Tél :

Mail :

Médecin traitant de l'enfant :

Tél :

Mail :

PROFESSIONNELS SANTE LIBERAUX :

Nom :

Profession :

Tél :

Mail :

Nom :

Profession :

Tél :

Mail :

LIENS PARTENAIRES :

Accord des parents :

Ecole : oui non

Structure spécialisée : oui non

Libéraux : oui non

❶ Centres d'intérêts :

Ce qu'il aime faire :

Ce qu'il aime moins faire :

Ce qu'il n'aime pas faire du tout :

❷ Comportement :

Calme : oui non parfois

Agité : oui non parfois

Tolérance à un environnement bruyant : oui non

Remarques :

Agressif envers lui-même : oui non parfois

Agressif envers les autres : oui non parfois

Tendance à s'échapper : oui non parfois

se cacher : oui non parfois

Signes préalables, si oui lesquels :

Certaines situations sont-elles anxiogènes pour votre enfant ?

oui non parfois

Lesquelles :

Certaines situations sont-elles rassurantes pour votre enfant ?

oui non parfois

Lesquelles :

Votre enfant a des rituels, des habitudes particulières : oui non

Si oui lesquels ? (Attitude, objet, environnement ...)

Votre enfant est capable de se repérer dans l'espace, les lieux ?

oui non avec aide

Votre enfant a conscience du danger ?

oui non

Votre enfant sait se repérer dans le temps ?

oui non avec aide

Observations :

③ **Particularités sensorielles :**

Troubles visuels : oui non partiels

Troubles auditifs : oui non partiels

Troubles sensoriels autres :

Sons : hyper sensibilité hypo sensibilité :

Toucher : hyper sensibilité hypo sensibilité :

Goût : hyper sensibilité hypo sensibilité :

Odeurs : hyper sensibilité hypo sensibilité :

Observations :

④ **Communication :**

Communique par la parole : oui non

Communique par gestes / signes : oui non

Utilise un support de communication spécifique : oui non

Si oui lequel :

Consignes particulières pour l'utiliser avec lui ?

Ecrit : oui non avec aide

Lit : oui non avec aide

Comprend les consignes de sécurité : oui non avec aide

Comprend les règles d'un jeu : oui non avec aide

Observations :

5 Autonomie :

HABILLAGE/DESHABILLAGE :

Haut : oui non avec aide

Bas : oui non avec aide

Boutonnage : oui non avec aide

Fermeture éclair : oui non avec aide

Chaussettes : oui non avec aide

Chaussures : oui non avec aide

Laçage : oui non avec aide

Observations :

REPAS / ALIMENTATION :

Mange : oui non avec aide

Boit : oui non avec aide

Tient son verre : oui non avec aide

Utilise une fourchette : oui non avec aide

Coupe ses aliments : oui non avec aide

Se sert seul : oui non avec aide

Alimentation mixée : oui non

Régime alimentaire : oui non

Allergies alimentaires : oui non

Observations :

DEPLACEMENTS :

Votre enfant marche : oui non avec aide

Votre enfant utilise une aide de marche : oui non

Déambulateur :

Béquilles :

Attelles :

Chaussures orthopédiques :

Votre enfant sait monter les escaliers : oui non avec aide

Votre enfant sait descendre les escaliers : oui non avec aide

Votre enfant sait s'asseoir : oui non avec aide

Votre enfant se déplace en fauteuil roulant :

Manuel : oui non seul avec aide

Electrique : oui non seul avec aide

Sait faire les transferts : oui non seul avec aide

Observations :

APTITUDES :

Votre enfant peut marcher longtemps (+ de 10 minutes) : oui non

Votre enfant court : oui non

Votre enfant sait nager : oui non

Votre enfant peut pratiquer un sport : oui non

Votre enfant est malade en transport : oui non

Votre enfant a peur de monter dans un bus : oui non

Observations :

HYGIENE / PROPRETE :

Se moucher : oui non avec aide

Se laver les mains : oui non avec aide

Aller aux toilettes : oui non avec aide

Il y va seul si besoin : oui non

Il a besoin qu'on le lui rappelle régulièrement : oui non

S'essuyer : oui non avec aide

Se brosser les dents : oui non avec aide

Se doucher : oui non avec aide

Enurésie diurne : oui non

Encoprésie diurne : oui non

Enurésie nocturne : oui non

Encoprésie nocturne : oui non

Observations :

⑥ Aider / Soulager :

Attitudes pouvant exprimer douleurs / tensions / mal être :

Mimique :

Pleurs :

Cris :

Repli sur soi :

Mouvements de défense :

Agressivité :

Agitation inhabituelle :

Raideur :

Diminution de l'éveil :

Diminution de la communication :

Autres :

Pour apaiser l'enfant :

Musique : oui non une en particulier ?

Jouet : oui non un en particulier ?

Doudou : oui non

Isolement : oui non

Autres :

Observations :

⑦ Santé :

Voir fiche sanitaire.

⑧ Remarques / Recommandations :

Je soussigné(e),
responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à

Signature

Le