



ALSH Année 2026

Nom :

Prénom :

Garçon / Fille

Né le : (.....ans) à :

☐

Famille d'accueil

	PERE	MERE
Nom		
Prénom		
Adresse		
CP/ Commune		
E-mail		
Téléphone		
Profession		
Régime	Général/Agricole/Autres	Général/Agricole/Autres
Allocataire*		
Caisse de		

*A remplir pour connaître votre quotient familiale

A remplir obligatoirement

Liste des personnes habilitées à récupérer mon enfant

Nom-Prénom :

Nom-Prénom :

Nom-Prénom :

Autorisez-vous votre enfant à rentrer seul ?

En signant, vous autorisez l'association Tact à utiliser vos coordonnées pour d'autres envois d'infos sur ses activités pour une durée indéterminée.

Fait à :

le

Signature :

Informations diverses :	<i>Rayer la mention inutile</i>		
Garderie :			
MATIN (de 8h00 à 9h00) :	OUI	/	NON
SOIR (de 17h00 à 18h00) :	OUI	/	NON

Votre enfant sait-il nager ?	OUI / NON
Votre enfant fait-il la sieste ?	OUI / NON
Votre enfant peut-il aller à la piscine ?	OUI / NON
Autorisez-vous votre enfant à participer aux sorties organisées par le centre ?	OUI / NON
Votre enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ?	OUI / NON
Si oui, précisez :	

Votre enfant a-t-il des besoins spécifiques ?

Afin d'accueillir au mieux chaque enfant n'hésitez pas à nous communiquer les informations que vous pensez nécessaire :

.....

.....

.....

.....

.....

.....



**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

1 – ENFANT
NOM : _____
PRENOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON ☐ FILLE ☐

DATES ET LIEU DE SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT :
ELLE EVITE DE VOUS DEMANDER DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 marqués au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME ☐ non ☐ MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES _____

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :
LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION,
REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

Votre enfant mouille-t-il son lit ? oui ☐ non ☐ parfois ☐

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES
DENTAIRES, ETC... PRECISEZ

Autorisez-vous votre enfant à fumer pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRENOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) _____

TEL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné _____, responsable légal de l'enfant, déclare
exactes les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes
mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNEES DE L'ORGANISMEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS



AUTORISATION DE DIFFUSION ENFANT MINEUR

Autorisation valable du 01 janvier 2026 au 31 décembre 2026

JE SOUSSIGNÉ (E) :

Domicilié (e).....
.....

En qualité de Représentant légal de l'Enfant mineur dénommé (e)
.....

Né(e) le.....

déclare autoriser le droit à l'image et/ou la voix pour mon (mes) enfant(s) mineur(s), à titre gratuit à l'association TACT.

De même j'autorise l'association TACT à effectuer un montage, reproduire et diffuser ces images/enregistrements lors de projections à but non lucratif et à publier ces images/voix sur le web.

Je suis conscient que je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite à l'association TACT.

Je m'engage à ne pas tenir responsable la personne ou structure précitée ainsi que ses représentants et toute personne agissant avec sa permission pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

Les images de mon enfant pourront être utilisées en totalité ou par extraits pour une durée de 10 ans.

Cette autorisation est consentie sans contrepartie financière.

Fait à le

BON POUR ACCORD,

Signature

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Le règlement intérieur est communiqué aux familles par mail lors des inscriptions.

Je soussigné M/Mme..... avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur des accueils de loisirs organisés par l'association TACT.

Fait à le

Signature :

Pour un dossier complet:

- ☐ Bulletin d'inscription complété et signé
- ☐ Chèque à l'ordre de TACT et éventuels bons vacances et/ou chèques vacances
- ☐ Attestation de quotient CAF/MSA
- ☐ Photocopie du carnet de vaccinations
- ☐ Fiche sanitaire de liaison
- ☐ Autorisation de diffusion et règlement
- ☐ Certificat d'assurance responsabilité civile
- ☐ Test d'aisance aquatique (Si l'enfant sait nager)

Dossier COMPLET à retourner à l'association TACT

94, rue de la Neuville 02360 ROZOY-SUR-SERRE

Tel: 09 51 35 24 43 / 07 67 47 75 30

loisirstact@gmail.com

Avec le soutien financier de :



santé
famille
retraite
services



CONFIDENTIALITE ET PROTECTION DES DONNEES

Conformément à la loi informatique et libertés du 06 janvier 1978, vous pouvez à tout moment demander à modifier ou à supprimer les renseignements liés à votre signature. Ces informations vous concernant étant confidentielles. L'association TACT s'engage à les protéger.

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (art 34 de la loi « informatique et libertés ») vous pouvez exercer ce droit directement sur les sites concernés ou en nous contactant :

Association TACT 94, rue de la Neuville 02360 ROZOY SUR SERRE