



- 3 – 5 ans
- 6 – 9 ans
- 10 – 13 ans

# FICHE SANITAIRE

ANNEE CIVILE 2024

*Merci d'écrire en lettres majuscules*

**ALSH DE :**  Tencin /  Saint Maximin /  Les Adrets  
 La Terrasse /  Balcon de Belledonne

## ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....  Garçon  Fille

## RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

**Responsable légal 1 :**  Père  Mère

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Numéro(s) de téléphone : ..... Tel pro : .....

Mail .....

**Responsable légal 2 :**  Père  Mère

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Numéro(s) de téléphone : ..... Tel pro : .....

Mail .....

**Famille d'accueil :** Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Numéro(s) de téléphone : .....

Mail .....

## INFORMATIONS GENERALES

**Repas :** Sans porc  Sans viande

**Pour les 3-5 ans :**

**Mon enfant fait la sieste :**  oui  non

**Mon enfant est autonome dans la propreté :**  oui  non

## DIVERS

Cette fiche et ses annexes 1 (Santé) et 2 (Autorisations) en pièces jointes sont valables pour toutes périodes d'inscription à l'accueil de loisirs intercommunal pour l'année civile 2024.

Je déclare/nous déclarons avoir pris connaissance des dispositions du règlement de fonctionnement ainsi que du règlement financier et je m'engage/nous nous engageons à les respecter : disponible sur notre site internet [www.le-gresivaudan.fr](http://www.le-gresivaudan.fr) ou afficher dans les accueils de loisirs.

Je m'engage/nous nous engageons à signaler toutes modifications auprès du secrétariat des accueils de loisirs intercommunaux et atteste/attestons sur l'honneur que toutes les informations et données personnelles inscrites sur cette fiche et ses annexes 1 (Santé) et 2 (Autorisations) sont exactes.

Je déclare/nous déclarons autoriser la communauté de communes à accéder au service CAFPRO, à saisir informatiquement les données sur le logiciel de facturation et à détruire les documents administratifs à N+ 2 et les documents médicaux à la fin de l'année concernée.

Fait à ....., le .....

**Signature MANUSCRITE obligatoire des 2 représentants légaux,**

**Représentant légal n°1 - OBLIGATOIRE**

**Représentant légal n°2 – OBLIGATOIRE**

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Précédée de la mention « lu et approuvé »

**Toutes les données demandées sont à compléter obligatoirement, à défaut  
l'inscription ne sera pas prise en compte.**

## ANNEXE 1 : SANTE

**NOM DE L'ENFANT :** ..... **PRENOM :** .....

**1.** L'enfant a-t-il/elle des **besoins spécifiques** et/ou **une pathologie** qui nécessiteraient une prise en charge particulière par la mise en place d'un **Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)** établi par le médecin de l'enfant (par ex : diabète, épilepsie, allergie, autres pathologies, en situation de handicap, prothèses, ...).

oui     non

⇒ **Si oui : avant que votre enfant n'intègre la structure, merci de contacter la/le responsable de structure pour prendre RDV et d'organiser la mise en place du PAI si nécessaire.**

**2. En cas de traitement médical ponctuel** (hors PAI) :

Il convient de privilégier, dans la mesure du possible, les prises en deux fois (matin et soir) afin que les parents puissent l'administrer eux-mêmes.

S'il doit être obligatoirement réparti dans la journée, il pourra être administré au centre uniquement sur présentation d'une ordonnance du médecin traitant de l'enfant malade et après avis du responsable (l'état de santé de l'enfant doit être compatible avec un accueil en collectivité). Le(s) médicament(s) devra/devront être remis à l'équipe d'animation dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation. Le nom et le prénom du mineur devront être inscrits sur l'emballage.

**ATTENTION :** Aucun médicament (même homéopathique) ne pourra être délivré sans ordonnance.

**3. Informations obligatoires complémentaires :**

L'enfant a-t-il/elle des antécédents médicaux et chirurgicaux (*susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement du séjour*) :  oui     non

⇒ **Si oui : merci de contacter la/le responsable de structure**

**4. Vaccins**

Joindre **OBLIGATOIREMENT** toutes les copies des pages vaccinations du carnet de santé de l'enfant **NOMINATIVES**.

⇒ **Rappel : toutes les vaccinations obligatoires doivent être à jour.**

**5. Coordonnées du médecin traitant :**

Nom prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

N° de sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché : .....

## ANNEXE 2 : AUTORISATIONS

Je soussigné(e)/Nous soussignés .....

responsable(s) légal(aux) de l'enfant ....., autorise/autorisons :

**A-** l'équipe d'animation de l'accueil de loisirs à administrer les éventuelles médications sur présentation de l'ordonnance correspondante et/ou du PAI, et/ou à faire soigner et hospitaliser mon enfant en cas d'urgence lorsque l'état de santé de l'enfant le rend nécessaire. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

**B-** l'équipe d'animation de l'accueil de loisirs à conduire et transporter (par véhicule type « trafic » et véhicules individuels de la structure) ou à faire transporter par autobus mon enfant hors de l'enceinte de l'établissement pour les sorties et les activités diverses figurant sur le programme déterminé au préalable par le centre et mis à disposition de tous.

**C-** l'équipe d'animation de l'accueil de loisirs :

- à photographier mon/notre enfant dans le cadre d'une activité prévue au programme et à afficher les photos dans le centre lui-même :
  - en groupe  oui  non
  - individuellement  oui  non
  
- à utiliser, reproduire et publier les photos ainsi prises exclusivement pour les besoins de la promotion du centre (le but commercial étant exclu) dans la presse locale (ex. bulletin intercommunal) pour la durée de l'année civile concernée :  oui  non
  
- à distribuer la (les) photo(s) d'enfants en groupe aux autres parents :  oui  non

**D-** mon/notre enfant à quitter le centre seul (applicable aux enfants scolarisés **au minimum en classe de CP**) au départ du centre ou de l'arrêt de la navette :  oui  non

**Personnes à prévenir en cas d'urgence ou habilitées à venir chercher l'enfant (navette ou centre) <sup>(1)</sup> (en dehors des responsables légaux) :**

En cas d'urgence	A récupérer l'enfant	NOM	PRENOM	N° DE TELEPHONE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

<sup>(1)</sup> à condition que la personne habilitée présente une pièce d'identité lors de la reprise de l'enfant.

## **ANNEXE 3 : DOCUMENTS A FOURNIR**

### **Documents à transmettre obligatoirement avec la fiche sanitaire :**

- Annexe 1 : SANTE
  
- Annexe 2 : AUTORISATIONS
  
- Attestation à jour de la CAF *indiquant votre quotient familial et votre numéro d'allocataire.*  
*(Pour les non allocataires, fournir l'avis d'imposition 2023)*
  
- Copie des pages vaccinations du carnet de santé de l'enfant
  
- Autorisation de prélèvement signée + Relevé d'identité bancaire *(si choix de paiement)*

Référence  
Unique du  
Mandat

# MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA (SDD CORE)



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Communauté de Communes du Pays du Grésivaudan.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Veuillez compléter les champs marqués\* en majuscule

Noms et prénoms des débiteurs \* .....

Adresse des débiteurs \* .....  
Numéro et nom de rue

Code postal .....  
Ville .....

Pays .....

Etablissement bancaire (B) \* .....

Domiciliation bancaire \* .....

Coordonnées bancaires \* .....  
Code banque ..... Code guichet ..... Numéro de compte ..... Clé RIB .....

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number) .....

Identification international de la banque (BIC) .....

Nom du créancier (A) TRESORERIE LE TOUVET

I.C.S FR84 ZZZ 558867

Adresse du créancier COMMUNAUTE DE COMMUNES DU PAYS DU GRESIVAUDAN  
390 RUE HENRI FABRE – 38920 CROLLES

Type de paiement \*  PAIEMENT RECURRENT / REPETITIF

Signé à \* .....  
Date : JJ/MM/AAAA

Signatures \*  
Veuillez signer ici

**Merci de joindre à ce mandat, un relevé d'identité bancaire.**

# Les accueils de loisirs intercommunaux du Grésivaudan

- > BALCON DE BELLEDONNE
- > LA TERRASSE
- > LES ADRETS
- > SAINT-MAXIMIN
- > TENCIN

3 > 13  
ans

11 > 17  
ans

## Nos modalités d'inscriptions pour l'année 2024

### LES MERCREDIS

LES INSCRIPTIONS / ANNULATIONS / MODIFICATIONS DOIVENT ETRE EFFECTUEES  
avant le mercredi 17h pour le mercredi de la semaine suivante.

**ATTENTION, UNE SEULE ANNULATION/MODIFICATION, PAR MOIS SERA POSSIBLE (UN OU PLUSIEURS  
MERCREDIS)**

### LES VACANCES

LES INSCRIPTIONS DOIVENT ETRE EFFECTUEES :

Pour la période des vacances d'hiver : **Du lundi 15 janvier au dimanche 21 janvier 2024**  
avec une réponse de l'assistante au plus tard le 5 février 2024

Pour la période des vacances de printemps : **Du lundi 11 mars au dimanche 17 mars 2024**  
avec une réponse de l'assistante au plus tard le 2 avril 2024

Pour la période des vacances d'été (juillet et août) : **Du lundi 13 mai au dimanche 19 mai 2024**  
avec une réponse de l'assistante au plus tard le 24 juin 2024 pour le mois de juillet  
et le 8 juillet 2024 pour le mois d'août

Pour la période des vacances d'automne : **Du lundi 23 septembre au dimanche 29 septembre 2024**  
avec une réponse de l'assistante au plus tard le 7 octobre 2024

**ATTENTION, POSSIBILITE D'UNE SEULE MODIFICATION OU ANNULATION, SANS JUSTIFICATIFS,  
DURANT LA SEMAINE D'INSCRIPTION**

Contact : Amanda ANESSI

Tél : 04.12.05.01.80 - 06.14.77.38.57

Mail : [aanessi@le-gresivaudan.fr](mailto:aanessi@le-gresivaudan.fr)

Adresse : Communauté de Communes Le Grésivaudan – Direction Enfance, Jeunesse et Parentalité

190 Chemin des fontaines

38190 BERNIN

[www.le-gresivaudan.fr](http://www.le-gresivaudan.fr)  
Rubrique Démarche et services