



# DOSSIER UNIQUE ALAE ALSH 2026-2027 Ste Foy

## Obligatoire pour tout enfant scolarisé

Le dossier est à compléter ou à corriger en rouge  
et doit être retourné à la MJC

www.mjclherm.fr

### ENFANT

Nom de l'enfant : .....

Prénom de l'enfant : .....

Sexe : .....

Date de naissance : .....

Ecole : ..... Classe (2026-2027) : .....

**Autorisation de rentrer seul : .....**

Type de repas : ..... (type de repas possible : standard / sans porc / sans viande=autre)

Droit à l'image et au son : ..... Autorisation de transport en véhicule : .....

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH (Allocation Education Enfant Handicapé) ? oui ☐ non ☐

**Fournir OBLIGATOIREMENT la notification AEEH de la CAF ou la décision de la MDPH.**

### RESPONSABLE LEGAL

**RESPONSABLE 1 :** ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre : .....

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

Email : .....

Mail portail/communication : oui ☐ non ☐

Adresse : .....

Ville : .....

Profession : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Professionnel : .....

Tél. Portable : .....

**RESPONSABLE 2 :** ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre : .....

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

Email : .....

Mail portail/communication : oui ☐ non ☐

Adresse : .....

Ville : .....

Profession : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Professionnel : .....

Tél. Portable : .....

*Pour les parents divorcés, fournir la photocopie du jugement de divorce ou le protocole d'accord. Sans l'un de ces documents, l'enfant pourra être remis aux deux parents.*

### PERSONNES HABILEES A RECUPERER L'ENFANT AUTRES QUE LES PARENTS

Nom, prénom, lien de parenté, téléphone.

.....

.....

.....

.....

.....

Si une autre personne non citée ci-dessus vient chercher votre enfant, elle devra être munie d'une autorisation écrite de votre part. Une pièce d'identité pourra lui être demandée.

## MEDICAL

Médecin traitant : .....

Autorisation d'intervention médicale : .....

Lieu d'hospitalisation: .....

**Personnes à prévenir en cas d'accident autre que les parents.**

.....

.....

.....

**Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) :** Oui Non (entourez la bonne réponse)

Pour toute allergie, intolérance ou régime alimentaire, un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) doit être réalisé.

Si tel est le cas merci de nous en fournir une copie

**CAF / MSA**

☐ Non concerné ou quotient supérieur à 1601

N° allocataire : .....

Nom de l'allocataire : .....

**Quotient CAF : fournir l'attestation de janvier 2026 / Quotient MSA : fournir l'attestation de moins de 6 mois.**

**Les familles ne fournissant aucune attestation (CAF ou MSA) à l'inscription seront facturées au tarif maximum.**

**Attention si elle est fournie en cours d'année, il n'y aura pas de rétroactivité.**

## INSCRIPTION ALAE MATIN / MIDI / SOIR

**ALAE MATIN ET SOIR :**

**Les inscriptions ALAE matin et soir, se font via le Portail famille <https://lherm.portail-defi.net>**

**Se rapprocher de la MJC en cas de difficultés: [accueilmjclherm@orange.fr](mailto:accueilmjclherm@orange.fr)**

**Pour tout retard exceptionnel de votre part le soir, autorisez-vous l'équipe de l'ALAE à prendre en charge votre enfant ?** OUI ☐ NON ☐

Sans réponse de votre part nous ne prendrons pas en charge votre enfant.

**PAUSE MERIDIENNE :**

En remplissant la grille ci-dessous, vous pouvez choisir le(s) jour(s) de la semaine où votre enfant prendra ses repas **toute l'année scolaire ou à partir de : (date)** / / .

Tous les lundis

☐

Tous les mardis

☐

Tous les jeudis

☐

Tous les vendredis

☐

**Toute inscription est obligatoire pour la prise en charge de votre enfant.**

**Les modifications doivent impérativement être faites au plus tard 4 jours ouvrés avant la date prévue sur le portail famille.**

Je soussigné(e) .....

Responsable légal de l'enfant .....

\* Atteste sur l'honneur être titulaire de l'autorité parentale ;

\* Certifie avoir pris connaissance des règlements intérieurs en vigueur de l'ALAE, l'ALSH et de la restauration scolaire. Ils sont affichés à l'école, disponibles aux secrétariats et sur les sites internet de la Mairie et de la MJC de Lherm ;

\* Autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur ;

\* Autorise mon enfant à participer aux activités proposées par l'équipe d'animation ;

\* Certifie sur l'honneur que les renseignements ci-dessus sont corrects.

Date : ...../...../.....

**SIGNATURE :**

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Joindre obligatoirement la copie des pages de vaccinations

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant.

Nom de l'enfant : .....

Prénom de l'enfant : .....

## 1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

| VACCINS<br>OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES<br>DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS<br>RECOMANDÉS | DATES |
|-------------------------|-----|-----|-------------------------------|-----------------------|-------|
| Diphtérie               |     |     |                               | Hépatite B            | ..... |
| Tétanos                 |     |     |                               | R.O.R.                | ..... |
| Poliomyélite            |     |     |                               | Coqueluche            | ..... |
| ou DT Polio             |     |     | .....                         | B.C.G.                |       |
|                         |     |     |                               | Prévenar              |       |
|                         |     |     |                               | Autres                | ..... |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

## 2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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

ASTHMES oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐ ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

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

## LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation).

Précisez les dates et précautions à prendre.

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

## 3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS. Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, etc...

.....

## 4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....

TÉL : ..... NOM ET TÉL. MÉDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné, ..... 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 à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE :

|                                |
|--------------------------------|
| <b>JUSTIFICATIFS À FOURNIR</b> |
|--------------------------------|

**DOCUMENTS OBLIGATOIRES :**

- Photocopie des vaccins

*Nous vous demandons de vérifier la validité du vaccin DTP.*

*Dès que vous faites un vaccin à votre enfant, merci de nous faire parvenir la photocopie des pages de vaccination à jour..*

- Attestation quotient familial CAF de janvier 2026 ou attestation MSA de moins de 6 mois
- Notification AEEH de la CAF ou la décision de la MDPH.

**DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES :**

- Fiche adhésion de l'année scolaire en cours
- PAI de votre enfant si besoin
- Autres documents en fonction de votre situation (jugement de divorce, adoption...)

**DATES ET SIGNATURES DU DOSSIER UNIQUE ET DE LA FICHE SANITAIRE OBLIGATOIRES.**  
**Tout dossier incomplet ne sera pas traité.**