

**FICHE DE RENSEIGNEMENT 2019-2020**

**ENFANT :**

NOM : ………………………………………………….. PRENOM : …………………………..

AGE : …………………………………………………. DATE DE NAISSANCE : …………..

ECOLE : ……………………… CLASSE : ……………………………****

Enfant Nageur Enfant Non Nageur

N° Assurance (extra-scolaire) et nom de l’organisme (Fournir une copie de l’attestation d’assurance) : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**RESPONSABLE LEGAL :**

Situation familiale :…………………………………….

Mère Père  Autre (Grands-parents, Tuteur)

Nom :……………………………. Adresse : …………………………………..

Prénom : ………………………... CP/Commune : ……………………………….

Tel Fixe : ………………………... Tel Portable : ……………………………..

Email :…………………………… Tel Employeur : …………………………...

Mère Père  Autre (Grands-parents, Tuteur)

Nom :……………………………. Adresse : …………………………………..

Prénom : ………………………... CP/Commune : ……………………………….

Tel Fixe : ………………………... Tel Portable : ……………………………..

Email :…………………………… Tel Employeur : …………………………...

dfhjdh Régime Général N° Allocataire CAF : ………………………….. Quotient Familial : …………….

 Régime Agricole N° Allocataire MSA : …………………………

 Autres Régime

Fournir une copie de l’attestation du quotient familial,

en l’absence de ce justificatif la collectivité appliquera le tarif maximum.

**AUTORISATIONS :**

Autres personnes autorisées à venir chercher l’enfant (Nom, Prénom et Tel) :

………………………………….………………………………….………….

………………………………….………………………………….………….

J’autorise l’enfant : ………………………………….………….

à utiliser le service du bus de l’accueil de loisirs ou d’un transporteur agréé, lors des divers déplacements liés aux activités : OUI NON

à être pris en photo ou filmé dans le cadre de la valorisation des activités, et à être diffusé sur le site internet, les réseaux sociaux et les programmes de la collectivité. OUI NON

à rentrer seul : OUI NON

**Tournez SVP →**

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



L’enfant suit-il un traitement médical : OUI NON

Si oui joindre une ordonnance à jour 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 donné sans ordonnance.

**ALLERGIES :**

Asthme : OUI NON Médicamenteuse : OUI NON

Alimentaires : OUI NON Autres : …………………………………...

Précisez la cause de l’allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**AUTRES :**

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, opération, …) en précisant les dates et les précautions à prendre :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Recommandations utiles des parents (lunettes, prothèses auditives, …) :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Groupe Sanguin (facultatif) : …………………..

Nom et tel. du médecin traitant (facultatif) : ……………………………………………………………………



Copie des vaccinations à jour (DTP)

Je soussigné(e) …………………………………………………….. responsable légal de l’enfant……………………………………………,

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l’Accueil de loisirs et les secours à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de l’enfant.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte les conditions.

**Date : Signature :**