

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ACCUEIL DE LOISIRS ARROS DE NAY

IDENTITE DE L'ENFANT

Nom : Prénom : Sexe : F – M
Date de naissance : / / Lieu de naissance :
Age : Classe :
Nom Prénom représentant légal:

RESPONSABLES LEGAUX

IDENTITE DU PÈRE ou tuteur légal

Nom et Prénom

.....

Adresse

.....

.....

Tel fixe

Tel portable

Tel travail

Mail

Profession

IDENTITE DE LA MERE ou tuteur légal

Nom et Prénom

.....

Adresse

.....

.....

Tel fixe

Tel portable

Tel travail

Mail

Profession

PERSONNES à CONTACTER ET/OU AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT EN CAS D'URGENCE OU D'INDISPONIBILITÉ DES PARENTS

NOM: Prénom: Qualité: Tél:

NOM: Prénom: Qualité: Tél:

NOM: Prénom: Qualité: Tél:

NOM: Prénom: Qualité: Tél:

REGIME DE SECURITE SOCIALE

Régime général (CAF)

J'autorise la mairie d'Arros Nay à consulter le site de CAF Pro qui permet de connaître mon quotient familial

Oui, numéro d'allocataire CAF :

Non (fournir l'avis d'imposition N-1, à défaut le tarif le plus élevé sera appliqué)

Régime spécifique (MSA, SNCF...)

Nous fournir une attestation de quotient familial ou l'avis d'imposition N-1, à défaut le tarif le plus élevé sera appliqué.

Numéro allocataire MSA :

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

Joindre une attestation mentionnant les noms et prénoms des enfants assurés.

DROIT A L'IMAGE :

J'autorise l'accueil de loisirs d'Arros-Nay à reproduire et à diffuser des photographies et/ou vidéos de mon enfant réalisées par l'accueil de loisirs pour les usages tels que : site internet, presse locale, documents d'informations et affichages au sein de la structure. Oui Non

INFORMATIONS MEDICALES

N° de sécurité sociale :

P.A.I (Protocole d'Accueil Individualisé) : Oui (si déjà rédigé, nous le fournir.) Non

Médecin traitant :

Nom :Tél. du cabinet :

Adresse.....

Vaccinations :

Fournir une photocopie des vaccinations de l'enfant inscrites sur le carnet de santé.
Si le mineur n'a pas eu les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Renseignements concernant le mineur : (Informations nécessaires en cas d'urgence)

Poids : Taille :

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).

Allergies :

Alimentaires: Oui Non Médicamenteuses : Oui Non Autres : Oui Non

En cas de réponse positive, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Problèmes médicaux particuliers :

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?
 Oui Non

Lesquels ?

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

INFORMATIONS SPORTIVES :

Mon enfant sait nager : Oui Non Mon enfant sait faire du vélo : Oui Non

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant...

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

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par l'accueil de loisirs comprenant du transport (bus avec chauffeur, minibus, et exceptionnellement, voitures particulières.) Oui Non

Je (*Nous*) soussigné (*ons*)Autorise l'équipe d'encadrement de l'Accueil de loisirs à prendre toutes les dispositions utiles, en cas d'urgence, en vue de la mise en oeuvre pour mon enfant des traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s'imposer.

Fait à : Le :

Signature du père (tuteur légal ou parent 1)
Précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature de la mère (tutrice légale ou parent 2)
Précédée de la mention « lu et approuvé »

Rappel des documents à fournir : Photocopies vaccinations, responsabilité civile, avis d'imposition (pour le mercredi).