

VOS ENFANTS

Nom et Prénom:.....Date de naissance:..... F G

Nom et Prénom:.....Date de naissance:..... F G

Nom et Prénom:.....Date de naissance:..... F G

Nom et Prénom:.....Date de naissance:..... F G

RESPONSABLE LEGAL(E) DE L'ENFANT

- | | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Père | <input type="checkbox"/> Mère | <input type="checkbox"/> Tuteur | <input type="checkbox"/> Père | <input type="checkbox"/> Mère | <input type="checkbox"/> Tuteur |
| <input type="checkbox"/> Beau-père | <input type="checkbox"/> Belle-Mère | <input type="checkbox"/> Famille d'accueil | <input type="checkbox"/> Beau-père | <input type="checkbox"/> Belle-Mère | <input type="checkbox"/> Famille d'accueil |

Nom et Prénom:.....Nom et Prénom:.....

Adresse:.....Adresse:.....

Code Postal:.....Ville:.....Code Postal:.....Ville:.....

Mail:.....Mail:.....

Tel Domicile:.....Tel Domicile:.....

Tel Portable:.....Tel Portable:.....

Profession:.....Profession:.....

Employeur:.....Employeur:.....

N° Allocataire CAF:..... Quotient Familial:.....

Ou n° alllocataire MSA:.....

Fournir un justificatif de QF ou pour les non allocataires, votre dernier avis d'imposition

Personnes autorisées à venir chercher

l'enfant :

.....

DECLARATION D'ENGAGEMENT

Je soussigné (e)

responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant et je m'engage à payer la part des frais d'accueil incombant: frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuels.

J'ai pris connaissance et j'accepte le règlement Accueil de Loisirs

Date et Signature:

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS NECESSAIRES A L'ACCUEIL DE VOTRE ENFANT

VOTRE ENFANT

Nom et Prénom :Date de naissance:..... F G

VACCINATIONS

Vaccin	Date du dernier rappel
DT Polio	

Fournir une photocopie des vaccinations

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Allergies Asthme Oui Non Médicamenteuse Oui Non
Alimentaires Oui Non Autre Oui Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir:

Indiquez ci après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et précautions à prendre:

Recommandations utiles des parents. Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez:

PERSONNE POUVANT ETRE CONTACTEE LA JOURNEE

NOM ET PRENOM: Tel Domicile:.....
LIEN AVEC L'ENFANT:..... Tel Portable:.....

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à être filmé ou photographié Oui Non
J'autorise mon enfant à être maquillé Oui Non
J'autorise l'association à diffuser son image Sur son site internet Oui Non
Sur sa page Facebook Oui Non
Dans la presse Oui Non

Date et Signature: