

VOS ENFANTS

Nom et Prénom : Date de naissance : F M
 Nom et Prénom : Date de naissance : F M
 Nom et Prénom : Date de naissance : F M
 Nom et Prénom : Date de naissance : F M

RESPONSABLE LÉGAL(E) DE L'ENFANT

Père Mère Tuteur
 Beau-père Belle-mère Famille d'accueil

Père Mère Tuteur
 Beau-père Belle-mère Famille d'accueil

Nom et Prénom :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Mail :
 Tel domicile :
 Tel portable :
 Tel travail :
 Profession :
 Employeur :

Nom et Prénom :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Mail :
 Tel domicile :
 Tel portable :
 Tel travail :
 Profession :
 Employeur :

N° allocataire CAF :
 Ou n° allocataire MSA :

Quotient Familial :

Fournir un justificatif de quotient familial ou pour les non-allocataires, votre dernier avis d'imposition.

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

DÉCLARATION 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:

FICHE SANITAIRE - ANNEE 2020-2021

CET TE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES À L'ACCUEIL DE L'ENFANT

VOTRE ENFANT

Nom et Prénom : Date de naissance : F M

VACCINATIONS

*Fournir une photocopie
des vaccinations*

Vaccin	Date du dernier rappel
DT Polio	

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Allergies : Asthme oui non Médicamenteuse oui non
Alimentaires oui non Autres 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 les précautions à prendre.

Recommandations utiles fournies des parents.

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

Commentaires :

PERSONNE POUVANT ÊTRE CONTACTÉE LA JOURNÉE

Nom et Prénom :

Lien avec l'enfant :

Tel domicile : 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 :