

ENFANT

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

STRUCTURES D'ACCUEIL(S)

Périscolaire :	☐ Ecole de Cressensac	☐ Ecole de Gignac	☐ Ecole de Cuzance
Mercredis :	☐ AL de Cressensac	☐ AL de Cazillac	☐ AL de Lachapelle-Auzac
Vacances :	☐ AL de Cressensac	☐ AL de Cazillac	☐ Espace Ados & Camps d'été

RESPONSABLES LEGAUX DE L'EN-

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

Nom et Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Mail :

Tel Domicile :

Tel Portable :

Profession :

Employeur :

Adresse locale le cas échéant : (vacances chez les grands parents, résidence secondaire) :
.....

Les deux parents sont-ils titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale ? Oui ☐ Non* ☐

* En cas de décision de justice limitant l'autorité parentale, veuillez joindre une copie de l'acte correspondant.

Autres per-

sonnes autorisées à venir récupérer l'enfant :
.....

N° Allocataire CAF : Quotient Familial :

N° Allocataire MSA :

*Fournir un justificatif de Quotient Familial ou pour les non allocataires, le dernier avis d'imposition.
Sans justificatif, le tarif le plus élevé sera appliqué.*

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à être filmé ou photographié : 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 ou autres supports : Oui ☐ Non ☐

à l'intérieur des locaux de l'association et des accueils de loisirs : Oui ☐ Non ☐

J'autorise mon enfant à être transporté en minibus dans le cadre des activités et sorties de l'accueil de loisirs : Oui ☐ Non ☐

J'autorise mon enfant âgé de 6 à 10 ans à être installé à l'avant d'un véhicule, équipé d'un dispositif adapté, dans le cas où toutes les places arrières seraient déjà occupées : Oui ☐ Non ☐

J'autorise mon enfant à être maquillé : Oui ☐ Non ☐

ENFANT

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

VACCINATIONS

Fournir obligatoirement les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé (D.T.P.)

Pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018 fournir les photocopies des pages du carnet de santé pour les vaccinations obligatoires suivantes : coqueluche, haemophilus, hépatite B, méningocoque C, pneumocoque, rougeole, oreillons, rubéole.

Dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom du médecin traitant : Téléphone :

L' enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

☐ Rubéole	☐ Varicelle	☐ Scarlatine	☐ Coqueluche	☐ Otite	☐ Rougeole	☐ Oreillons
----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

ALLERGIES	Asthme	☐ Oui	☐ Non	Médicamenteuses	☐ 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 précautions à prendre :

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

L'enfant fait-il l'objet d'un PAI (Protocole d'accueil individualisé) ?

Si oui, veuillez joindre une copie du PAI et prendre contact avec le directeur de l'accueil de loisirs.

☐ Oui ☐ Non

L' enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH ?

Si oui, veuillez joindre notification de la décision de la MDPH.

☐ Oui ☐ Non

L'enfant suit-il un traitement médical ?

Si oui, veuillez joindre une ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

☐ Oui ☐ Non

* Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

PERSONNE POUVANT ETRE CONTACTEE LA JOURNEE

Nom et prénom : Tel Domicile :

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 de l'accueil de loisirs.

Date et Signature :