

FICHE FAMILLE

PARENT 1

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

.....

CODE POSTAL :

COMMUNE :

TÉL. PRINCIPAL :

EMAIL (NÉCESSAIRE POUR LE PORTAIL) :

.....

RÉGIME ALLOCATAIRE : CAF MSA

N° ALLOCATAIRE :

PROFESSION :

TÉL. TRAVAIL :

TÉL. PORTABLE :

RESPONSABLE LÉGAL :

SITUATION FAMILIALE :

CÉLIBATAIRE

MARIÉ·E PACSÉ·E UNION MARITALE

SÉPARÉ·E DIVORCÉ·E VEUF·VE

PARENT 2

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

.....

CODE POSTAL :

COMMUNE :

TÉL. PRINCIPAL :

EMAIL (NÉCESSAIRE POUR LE PORTAIL) :

.....

RÉGIME ALLOCATAIRE : CAF MSA

N° ALLOCATAIRE :

PROFESSION :

TÉL. TRAVAIL :

TÉL. PORTABLE :

RESPONSABLE LÉGAL :

SITUATION FAMILIALE :

CÉLIBATAIRE

MARIÉ·E PACSÉ·E UNION MARITALE

SÉPARÉ·E DIVORCÉ·E VEUF·VE

FICHE ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE (SI DIFFÉRENTE DES PARENTS) :

.....

CODE POSTAL :

COMMUNE :

DATE DE NAISSANCE : / /

GARÇON

FILLE

ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE :

CLASSE :

J'autorise mon enfant à :

partir seul (rendez-vous obligatoire au préalable avec un membre de l'équipe d'animation)

J'autorise mon enfant à être pris en photo et vidéo pour :

affichage dans l'enceinte de la structure

diffusion dans la presse locale

diffusion sur les supports imprimés de Haute-Corrèze Communauté (flyers, brochures, magazines...)

diffusion sur le site internet de Haute-Corrèze Communauté

diffusion sur la page Facebook de Haute-Corrèze Communauté

diffusion sur la chaîne YouTube de Haute-Corrèze Communauté

Ces autorisations sont valables pour toutes les inscriptions à venir de mon enfant. Elles peuvent être modifiées ou révoquées sur simple signalement écrit de votre part auprès de votre référent de secteur. Tout autre changement concernant les renseignements sur cette fiche sont à signaler dans les plus brefs délais et par écrit auprès de votre référent de secteur.

Je soussigné·e / Nous soussigné·e·s (rayer la mention inutile)

Parent 1

Parent 2

responsables de l'enfant

déclarons

- avoir pris connaissance, compris et accepté le règlement intérieur de l'accueil de loisirs

- accepter la consultation de notre dossier allocataire CDAP (lien avec la CAF)

- accepter que mon / notre enfant participe aux sorties organisées par le service dont sorties utilisant un transport collectif

- avoir recueilli le consentement de mon enfant quant à la diffusion de son image

LE

SIGNATURES DES PERSONNES

À

EXERÇANT L'AUTORITÉ PARENTALE

PIÈCES JUSTIFICATIVES OBLIGATOIRES

VACCINATIONS À JOUR

ASSURANCE EXTRASCOLAIRE ET PÉRISCOLAIRE DE L'ANNÉE EN COURS

ATTESTATION CAF/MSA AVEC NUMÉRO ALLOCATAIRE ET QUOTIENT FAMILIAL (OU À DÉFAUT AVIS D'IMPOSITION DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE)

BONS CAF (SI NÉCESSAIRE)

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (SI NÉCESSAIRE)

DIPLÔME DE NATATION "PAN" OU AISANCE AQUATIQUE SI POSSESSION (FACULTATIF)



COORDONNÉES

NOM :

PRÉNOM :

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

DATE DE NAISSANCE : / /

GARÇON

FILLE

**En cas d'urgence, j'autorise la structure à présenter mon enfant à un médecin
ou faire intervenir les services d'urgence.**

NOM ET PRÉNOM DU MÉDECIN TRAITANT :

ADRESSE DU MÉDECIN :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN :

Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux ou pharmaceutiques éventuels.

RESPONSABLES DE L'ENFANT

PARENT 1

NOM :

PRÉNOM :

TÉL. POUR LES URGENCES :

PARENT 2

NOM :

PRÉNOM :

TÉL. POUR LES URGENCES :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL ? OUI NON

SI OUI, LEQUEL ?

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de fournir une ordonnance.

DES ALLERGIES SE SONT-ELLES DÉJÀ MANIFESTÉES CHEZ VOTRE ENFANT ? OUI NON

ALIMENTATION ASTHME MÉDICAMENTS

CAUSE DES ALLERGIES ET CONDUITES À TENIR :

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ, EN PRÉCISANT LES DATES ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE :

(maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...)

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

OTITE VARICELLE COQUELUCHE
 ANGINE OREILLONS RHUMATISME
 RUBÉOLE ROUGEOLE RUBÉOLE
 ASTHME

VACCINATIONS

LE VACCIN DTP EST OBLIGATOIRE DANS LE CADRE DE LA PARTICIPATION DE L'ENFANT AUX ACTIVITÉS.

(joindre les photocopies des pages du carnet de vaccination)

RECOMMANDATIONS UTILES

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses (auditives, dentaires...) ?

A-t-il des peurs ou des besoins particuliers dont vous voudriez nous faire part ?

Je soussigné·e / Nous soussigné·e·s (rayer la mention inutile)

Parent 1

Parent 2

responsables de l'enfant

déclare / déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise, le cas échéant, le responsable du séjour à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

LE

À

SIGNATURES DES PERSONNES

EXERÇANT L'AUTORITÉ PARENTALE