

Accueil de Loisirs - Fiche de Renseignement

Nom de l'accueil de loisirs fréquenté

ENFANT : Nom..... **Prénom** :.....

Sexe : Date de naissance :.....Age.....

RESPONSABLE : Nom..... **Prénom** :.....

Situation familiale :

Email (qui servira d'identifiant au portail famille) :

Adresse.....CP Ville :

Tél. Domicile :Tél. Portable :Tél. Professionnel :

Centre de Sécu Régime.....

CAF de :N° allocataire:Quotient familial:

PERE : Nom :..... **Prénom** :

Email.....

Adresse.....CP Ville :

Tél. Domicile :Tél. Portable :Tél. Professionnel :

MERE : Nom : **Prénom** :

Email

Adresse.....CP Ville

Tél. Domicile :Tél. Portable :Tél. Professionnel

ATTESTATION D'ASSURANCE SCOLAIRE :

Nom de l'assurancen° adhérent

Adresse assurance.....CP Ville :

Période du contrat : duau

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

Nage-t-il :

Séjour hiver : Niveau Ski :..... Taille :Pointure :

PRISE CHARGE DE L'ENFANT :

J'autorise ces personnes : Nom, qualité et téléphone.....

.....

.....

A récupérer mon enfant auprès du responsable de l'accueil de loisirs.

Et /ou j'autorise mon enfant ,âgé de plus de 6 ans :

A rentrer seul en signalant son départ auprès du responsable de l'accueil de loisir.

FICHE SANITAIRE

ENFANT : Nom..... Prénom :.....

VACCINATIONS : L'enfant est-il à jour de vaccinations ? OUI - NON

Date du dernier rappel du DTP (diphtérique, tétanique et poliomyélitique) :

MALADIES INFANTILES : l'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole : oui - non / Varicelle oui - non / Angine : oui - non / Otite: oui - non / Rougeole : oui - non

Scarlatine : oui - non / Coqueluche : oui - non / Oreillons oui - non / oui -non

Autres maladies : Oui - Non. Lesquels

Asthme : Oui - Non. Depuis quand.....

Allergies Alimentaires : Oui - Non. Lesquelles

Allergies Médicamenteuses Oui - Non : Autres Allergies:

Crises convulsives : Oui - Non

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Médecin traitant :

Autorisation d'intervention médicale : Oui - Non

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? Oui - Non.:

Aucun traitement ne sera administré à l'enfant sans une ordonnance médicale

En cas de maladie, handicap, allergie, régime alimentaire particulier nécessitant une prise en charge spécifique, des renseignements complémentaires peuvent être demandés.

Avez-vous établi un PAI: Oui - Non / une fiche spécifique de scolarisation : Oui - Non

Si oui, prendre contact avec le directeur de l'accueil de loisirs.

RECOMMANDATION DES PARENTS :

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

- M'engage à signaler toute modification notamment sur de l'Etat de santé de mon enfant.
- Autorise le directeur ou l'animateur de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'Etat de mon enfant et m'engage à rembourser les frais occasionnés.
- Je n'autorise pas la CCBPD à utiliser les photos de mon enfant pour sa communication
- Déclare mon enfant apte à participer aux activités sportives
- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Je soussigné(e).....

Déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.

Fait-le.

Signature :