

ACCUEIL DE LOISIRS SIMANDRES
FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2023/2024

| | | |
|---------------------|-----------|---------------|
| NOM : | Prénoms : | Sexe : M / F |
| Date de naissance : | | Nationalité : |

RESPONSABLES LEGAUX

- Responsable légal 1 :

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Nom de l'employeur : _____ Lieu de travail : _____
Tel domicile : _____ Tel portable _____ Tel . travail _____

- Responsable légal 2 :

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Nom de l'employeur : _____ Lieu de travail : _____
Tel domicile : _____ Tel portable _____ Tel . travail _____
Situation familiale :

Adresse mail valide qui sera utilisée pour la confirmation des inscriptions et la transmission d'informations pendant l'année : _____

N° de sécurité sociale : _____

Nom du responsable destinataire de la facture :

Quotient familial (fournir un relevé CAF indiquant ce quotient - sans justificatif le tarif le plus élevé sera appliqué) : _____

Autres personnes à contacter en cas d'urgence (nom, prénom, lien de parenté avec l'enfant, numéro de téléphone) :

Nom : _____ Prénom : _____ tel : _____

Nom : _____ Prénom : _____ tel : _____

DEPART DE L'ENFANT

Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant, autorise

Oui non

Le départ de mon enfant seul de l'accueil de loisirs à partir de 16h30.

Un tiers à venir chercher mon enfant. Si oui, liste des personnes autorisées à récupérer mon enfant. (Indiquer lisiblement nom, prénom, n° de téléphone de chaque personne)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Vaccins obligatoires à jour. Le faire indiquer sur un certificat médical ou photocopie du carnet de vaccinations.

Votre enfant a-t-il le mal des transports ? : oui / non

Régime alimentaire particulier : _____

Autres recommandations utiles (Port de lunettes, d'appareils dentaires ou auditifs, saignements de nez fréquents, problème de comportement de l'enfant...): _____

PROBLEMES MEDICAUX :

asthme - médicaments et ordonnance à fournir au centre.

allergies à (joindre un justificatif médical)

autres :

Vous devrez obligatoirement joindre à cette fiche, un **certificat médical (ou la photocopie d'un PAI)** précisant **la cause** de l'allergie, de l'asthme (ou d'un autre problème médical nécessitant un traitement) les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir** (description du traitement, posologie, nom du médicament...).

Les jours de fréquentation de l'accueil par votre enfant, vous devez disposer d'une ordonnance récente et des médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) et les remettre au responsable de l'accueil. En cas d'allergie alimentaire trop importante, il pourra être demandé aux parents d'amener le repas de leur enfant.

AUTORISATIONS

Je, soussigné(e),.....

responsable légal de l'enfant.....

reconnait avoir pris connaissance du règlement intérieur,

autorise le transport de mon enfant pour les activités de l'accueil de loisirs,

autorise l'utilisation éventuelle de photographies ou de vidéos représentant mon enfant pour des activités liées à l'accueil de loisirs, expositions locales, site internet du village, presse locale ou illustration de publications municipales,

autorise à faire pratiquer, en cas de nécessité, tous les soins d'urgence, éventuellement sous anesthésie, selon prescription du médecin,

J'atteste avoir souscrit une assurance pour mon enfant le couvrant lors des activités de l'accueil de loisirs (responsabilité civile + accident),

Je m'engage à signaler tout changement de situation familiale, de domicile ou de téléphone.

Fait à _____ le _____

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »