

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

A remettre à l'inscription de l'enfant

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

- Alsh de Beaumont
- Alsh de Monpazier
- Alsh de Le Buisson
- Alsh de Lalinde

NOM : Prénoms :

Date et lieu de naissance :

Sexe : M F

Adresse :

Ecole fréquentée :

RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE

SITUATION FAMILIALE

Marié pacsé célibataire séparé union libre autres

Qui exerce l'autorité parentale ? : Père Mère Tuteur

En cas de séparation fournir le jugement de divorce

NOM, prénom du père.....

Profession :

Adresse :

Téléphone domicile : Mobile : Travail:

Email :

NOM, prénom de la mère :

Profession :

Adresse :

Téléphone domicile : Mobile : Travail:

Email :

NOM, prénom du tuteur :

Profession

Adresse :

Téléphone domicile : Mobile : Travail :

Email :

Si le jeune est confié par une institution

Dénomination :

Institution

Adresse :

Téléphone : Fax :

Email :

Personne à contacter :

Allocataire CAF MSA

Facturation au nom de Mme ou Mr (entourer)

Fournir le justificatif d'imposition (CCBDP)

N° d'allocataire (madame ou monsieur) :

Nombre d'enfant(s) à charge :

Attestation allocataire / numéro

Personnes autorisées à venir récupérer l'enfant

Nom	Prénom	Adresse	Tel fixe	Tel portable

Activité du centre

J'autorise je n'autorise pas mon enfant à participer aux sorties du centre organisées dans le cadre de ses activités. **En cas de refus et de sortie de tous les enfants du centre votre enfant ne pourra pas être accueilli ce jour là.**

J'autorise je n'autorise pas mon enfant à porter un masque durant les transports pour participer aux sorties du centre organisées dans le cadre de ses activités. **En cas de refus et de sortie de tous les enfants du centre votre enfant ne pourra pas être accueilli ce jour là.**

Baignades

J'autorise je n'autorise pas mon enfant à se rendre à la piscine ou à se baigner (bord de mer, plans autorisés) sous la responsabilité du Centre de Loisirs.

Votre enfant sait-il nager ? OUI NON Si oui, merci de fournir le certificat de natation

TOUS DROIT A L'IMAGE 2012-2013

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, **autorise n'autorise pas** , l'accueil périscolaires, le TAP et /ou le Centre de Loisirs à prendre des photos de mon enfant dans le cadre de ses activités.

Ces photos pourront aussi être utilisées pour les besoins publicitaires du Centre de Loisirs, (blog du centre et site de la Communauté de communes sur internet, presse, brochures, journal communal ou intercommunal, plaquettes d'infos...)

Fournir l'attestation d'assurance Responsabilité civile

Urgence médicale

En cas d'urgence médicale, j'autorise je n'autorise pas l'animateur périscolaire ou du TAP et/ou le responsable du centre à prendre toutes mesures nécessaires pour faire transporter mon enfant vers l'hôpital le plus proche.

Décharge de responsabilités

Je décharge les responsables et les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui surviendrait en dehors du centre et en particulier sur le chemin entre mon domicile et le centre.

UNE FICHE DE RENSEIGNEMENTS CORRECTEMENT REMPLIE EST LA GARANTIE D'UNE BONNE PRISE EN CHARGE SANITAIRE DE VOTRE ENFANT.

A : Le :

Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Signature du responsable légal

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

A fournir lors de l'inscription de l'enfant

DOCUMENT OBLIGATOIRE

DATE d'inscription de l'enfant.....

NOM : Prénoms :

Date et lieu de naissance :

Sexe : M - F (1)

Adresse :

Taille : Poids :

Nom du médecin traitant :

Adresse.....

Téléphone.....

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS CONCERNANT LA SANTE DU JEUNE

Handicap, Régime alimentaire, Allergie(s), Asthme, Enurésie... etc. préciser la nature ci-dessous

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Maladies déjà contractées :

Rougeole : oui non Varicelle : oui non Oreillons : oui non

Rubéole : oui non Scarlatine : oui non Otite : oui non

A-t-il des problèmes d'asthme : oui non

A-t-il des problèmes de scoliose : oui non

A-t-il des problèmes d'incontinence : oui non

A-t-il des problèmes d'allergies : oui non si oui, préciser à quoi :

Vaccins réalisés (avec date de vaccination ou de rappel) :

[Joindre à ce dossier une photocopie du carnet de santé de votre enfant](#)

Dernières interventions chirurgicales subies (avec date) :

Existe-t-il des contre-indications pour des activités : oui non Si oui, préciser :

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? Oui non

Si oui, précisez à quels moments il peut s'en passer ou s'il doit les porter en permanence :

Votre enfant porte-t-il des prothèses auditives : Oui non

Votre enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour : OUI NON

[Si oui, joindre une copie de l'ordonnance et les médicaments correspondants, avec leur notice et dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant](#)

Adresse de la Caisse de Sécurité Sociale dont dépend le responsable de l'enfant

.....
.....

N° d'assuré social ou MSA :

[Joindre la photocopie de l'attestation de la carte vitale](#)

Le responsable de l'enfant bénéficie-t-il d'une mutuelle ou d'une assurance ? OUI NON - Si oui, adresse :

.....
.....

N° d'adhérent ou de police :

Couverture Maladie Universelle (CMU) : OUI NON

[Si oui, joindre la photocopie de l'attestation à jour ainsi que photocopie de l'attestation de la carte vitale CMU](#)

Où téléphoner, en cas d'urgence, pendant l'accueil du jeune (RENSEIGNEMENT OBLIGATOIRE)

NOM, prénom :

Adresse :

Téléphone domicile :

Téléphone mobile :

Téléphone travail :

Email :

Renseignements que vous souhaitez communiquer sur la personnalité de l'enfant ou du jeune :

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

Si le jeune est inscrit par l'intermédiaire d'une collectivité, désignation et adresse de celle-ci :

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

Téléphone :

AUTORISATION PARENTALE (A remplir obligatoirement)

Je, soussignépère, mère, tuteur (Rayer la (ou les) mention(s) inutile(s),

1°) autorise mon fils, ma fille à pratiquer les activités organisées par le centre de loisirs et /ou le TAP, l'accueil périscolaire dans les conditions définies dans la fiche descriptive du séjour dont nous avons pris connaissance ;

2°) autorise le responsable ou l'animateur à le (la) faire soigner et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins ;

3°) m'engage à payer la part des frais de séjour restant à ma charge, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale éventuels ;

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du séjour et /ou l'animateur à prendre toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A : Le :

Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Signature du responsable légal