

ENFANT

Nom/Prénom :

Né(e) le :

Ecole fréquentée :

L'inscription sera définitive lorsque vous aurez fourni les documents suivants :

- o **Fiche de renseignements et Fiche sanitaire**
(+ photocopies des vaccinations)
- o Document donnant votre **Quotient Familial CAF ou MSA** :
Ou Notifications Aides au Temps Libres 2019 (CAF 24)
Ou Vacances Temps Libre 2019 (MSA 24)
Ou Feuille d'imposition N-2
Ou Aides sociales : N° allocataire CAF / MSA 33 / RSA Socle / Comité d'Entreprise...
- o Attestation assurance extrascolaire
- o Le protocole (navette) et le règlement intérieur dûment remplis et

FAMILLE

Situation familiale des parents de l'enfant concerné : Célibataire / Divorcé / Marié / Pacsé / Séparé / Veuf / Vie maritale

| | Père de l'enfant | Mère de l'enfant |
|--|------------------|------------------|
| NOM / Prénom | | |
| Adresse (cocher l'adresse où l'enfant réside) | | |
| Tel domicile | | |
| Tel portable | | |
| Tel professionnel | | |
| e-mail | | |
| Profession | | |
| Employeur et adresse | | |
| Autorité parentale | | |
| Nb d'enfants à charge | | |

REGIME ALLOCATAIRE : CAF / MSA / AUTRES (précisez) :

N° Allocataire :

Département du Régime :

Compagnie d'assurance extrascolaire :

N° de police :

AUTORISATIONS

| AUTORISATIONS | VALEURS |
|---|-----------------------------------|
| Autorisation de Baignade | OUI / NON - (NAGEUR / NON NAGEUR) |
| Autorisation d'Hospitalisation | OUI / NON |
| Autorisation de partir seul de l'accueil de loisirs ou des Points d'accueils | OUI / NON |
| Utilisation de l'image dans la presse | OUI / NON |
| Utilisation de l'image pour le Facebook « Accueil De Loisirs Bonneville » OU « Accueil Loisirs Prêt-Ados » | OUI / NON |
| Utilisation image pour activités manuelles | OUI / NON |
| Utilisation de l'image pour réalisation de vidéo | OUI / NON |
| Utilisation image pour le site internet de l'accueil de loisirs et de la CDC | OUI / NON |

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant : Père

Mère

Autres, préciser (Nom, Prénom, Tel, Lien avec l'enfant) :

Personnes à contacter en cas d'urgence : Père

Mère

Autres, préciser (Nom, prénom, Tel, lien avec l'enfant) :

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

A

, le

Signatures des 2 parents

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNEE 2019



- **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccin obligatoire: Diphtérie/Tétanos/Poliomyélite (ou DT polio)

Date de la dernière vaccination :

Date du prochain rappel :

Vaccins recommandés :

| | Date | Rappel |
|----------------------------|------|--------|
| BCG | | |
| Hépatite B | | |
| Rubéole-Oreillons-Rougeole | | |
| Coqueluche : | | |
| Autres (préciser) | | |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

ATTENTION : le vaccin ANTI-TETANIQUE ne présente aucune contre indication.

- **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

ALLERGIES

• Asthme

• Alimentaires

• Médicamenteuses

• Autres :

(ATTENTION si P.A.I : obligation de signature du Directeur de l'Accueil de Loisirs)

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler et le justifier par écrit) :

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

Indiquez ci-après :

Les **DIFFICULTES DE SANTE** (Maladie, Accident, Crises convulsives, Hospitalisation, Opération, Rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

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

Nom du médecin traitant :

Téléphone :

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Accueil de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.....

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

A, le

Signatures des 2 parents