



FICHE DE RENSEIGNEMENTS
ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT
CENTRE AERE MUNICIPAL
SESSION 2019-2020



ENFANT	
Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Age : ans	sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Régime alimentaire :	
Nageur (sans brassard) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

RESPONSABLE LEGAL	
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre :	
Nom :	
Prénom :	
Adresse :	
Tel :	Tel :
Adresse mail :	
Situation familiale : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf (e)	
Régime : <input type="checkbox"/> Général	<input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre
Numéro Allocataire :	Quotient :

RESPONSABLE LEGAL	
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre :	
Nom :	
Prénom :	
Adresse :	
Tel :	Tel :
Adresse mail :	
Situation familiale : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf (e)	
Régime : <input type="checkbox"/> Général	<input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre
Numéro Allocataire :	Quotient :

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (autres que les parents)	
M.Mme :	M.Mme :
Tél :	Tél :
M.Mme :	M.Mme :
Tél :	Tél :

AUTORISATIONS	
J'autorise mon enfant à :	
Rentrer seul(e)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Être photographié, filmé, pour utiliser ces documents sur internet ou bulletin municipal : (page Facebook, site internet...) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

FICHE SANITAIRE

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :

Dr : _____ Tél : _____

L'enfant a-t-il déjà eu des maladies infantiles : oui non

Si oui, lesquelles ?

Existence d'un P.A.I (projet d'accueil individualisé) oui non

Votre enfant est-il allergique : oui non

Si oui, précisez l'allergie : asthme alimentaire médicamenteuse
 autres

L'enfant suit-il un traitement médical oui non

(Si oui joindre une ordonnance de moins d'un an, avec le médicament dans son emballage d'origine avec notice, le nom, prénom de l'enfant inscrit dessus. Le traitement sera à remettre à la direction le 1^{er} jour de l'accueil)

Recommandations utiles des parents : (difficultés de santé, précaution à prendre, lunettes,...)

J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs :

A prendre, le cas échéant toutes les mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant

A administrer un traitement médical uniquement sur ordonnance

ASSURANCE OBLIGATOIRE : RESPONSABILITE CIVILE

Compagnie :

Numéro de contrat :

Je soussigné (e) _____, responsable légal de _____ certifie :

- Avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- En acceptant les modalités (document 1)
 - En acceptant les conséquences en cas de non-respect ou tout comportement non respectueux des règles fixées par l'équipe d'animation (réprimande, avertissement...)

L'exactitude des renseignements figurants sur la fiche d'inscription

Fait à _____ Le _____

Signature du responsable légal

Rappel des pièces à fournir : (obligatoire)

- Attestation du quotient familial
- Photocopie carnet de santé (vaccination)
- Attestation responsabilité civile extrascolaire

***Tout dossier incomplet ne sera pas validé.**

Veillez remplir cette fiche avec la plus grande attention. Elle nous permet d'une part, d'avoir les renseignements et autorisations indispensables pour l'inscription de votre enfant à l'accueil de loisirs, et d'autre part de répondre au mieux à vos attentes et obtenir le meilleur fonctionnement possible. Merci de signaler tout changement de situation, coordonnées, état de santé de votre enfant, ect....