DOCUMENT 2

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT
CENTRE AERE MUNICIPAL

ENFANT	
Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Age : ans	sexe : ☐ F ☐ M
Régime alimentaire :	
Nageur (sans brassard) : ☐ oui ☐ non	

RESPONSABLE LEGAL	
☐ Père ☐ Autre :	
Nom :	
Prénom :	
Adresse :	
Tel :	Tel :
Adresse mail :	
Situation familiale : ☐ Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Vie maritale ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf (e)	
Régime : ☐ Général ☐ MSA ☐ Autre	
Numéro Allocataire :	Quotient :

RESPONSABLE LEGAL	
☐ Mère ☐ Autre :	
Nom :	
Prénom :	
Adresse :	
Tel :	Tel :
Adresse mail :	
Situation familiale : ☐ Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Vie maritale ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf (e)	
Régime : ☐ Général ☐ MSA ☐ Autre	
Numéro Allocataire :	Quotient :

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

AUTORISATIONS	
J'autorise mon enfant à :	
Rentrer seul(e)	oui ☐ non ☐
Être photographié, filmé, pour utiliser ces documents sur internet ou bulletin municipal : (page Facebook, site internet…)	oui ☐ non ☐

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées par la mairie dans un fichier destiné au traitement des dossiers et seront conservées durant l'année. Vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données, les faire rectifier en contactant la mairie.

DOCUMENT 2

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 1er 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 accepter les modalités (document 1)
- En accepter 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.

Veuillez 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'autres 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….