

ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____

AGE : _____ ans DATE DE NAISSANCE : _____ ☐ Fille ☐ Garçon

ECOLE : _____ CLASSE : _____ NAGEUR : ☐ OUI ☐ NON

RESPONSABLES LEGAUX

RESPONSABLE LEGAL 1 :

Qualité* : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

CP – VILLE : _____

Portable : _____

Domicile : _____

Travail : _____

E-mail : _____

Profession : _____

RESPONSABLE LEGAL 2

Qualité* : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

CP – VILLE : _____

Portable : _____

Domicile : _____

Travail : _____

E-mail : _____

Profession : _____

*Qualité : père, mère, tuteur, beau-père, belle-mère etc...

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

- REGIME ALLOCATAIRE :** ☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre ; N° allocataire: _____
QUOTIENT FAMILIAL : _____ € *En l'absence de justificatif la collectivité appliquera le tarif maximum*
- ASSURANCES :** N° de contrat : _____ Nom de l'organisme : _____
l'attestation d'assurance doit préciser « extra-scolaire », c'est souvent la même que celle pour l'école.
- VACCINATIONS :** la photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé est demandée ou une attestation de vie en collectivité indiquant que les vaccins de votre enfant sont à jour peut également convenir.

SANTE

TRAITEMENT ET PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI) :

Votre enfant suit-il un traitement médical : ☐ OUI ☐ NON

Votre enfant fait l'objet d'un PAI (si oui, joindre le document): ☐ OUI ☐ NON

Si oui à l'une des réponses ci dessus : joindre une ordonnance à jour et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

ALLERGIES :

Asthme : ☐ OUI ☐ NON

Médicamenteuse : ☐ OUI ☐ NON

Alimentaire : ☐ OUI ☐ NON

Autres (préciser) : _____

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) : _____

VOTRE ENFANT A-T-IL UN HANDICAP RECONNU AUPRES DE LA MDPH (MAISON DEPARTEMENTALE POUR LES PERSONNES HANDICAPEES)

☐ OUI ☐ NON Si oui, merci de préciser quel type de handicap : _____

VOTRE ENFANT PERÇOIT-IL L'AAEH (ALLOCATION D'EDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPE) ☐ OUI ☐ NON

MEDECIN TRAITANT :

NOM, Prénom : _____ téléphone : _____

AUTRES :

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, opération, ...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

Recommandations utiles des parents :

AUTORISATIONS

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (autre que les responsables légaux) :

NOM, Prénom : _____ Téléphone : _____ Qualité : _____

NOM, Prénom : _____ Téléphone : _____ Qualité : _____

NOM, Prénom : _____ Téléphone : _____ Qualité : _____

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (autre que les responsables légaux) :

NOM, Prénom : _____ Téléphone : _____ Qualité : _____

NOM, Prénom : _____ Téléphone : _____ Qualité : _____

NOM, Prénom : _____ Téléphone : _____ Qualité : _____

J'AUTORISE MON ENFANT (Nom, Prénom) : _____

- à être pris en photo ou filmé dans le cadre de la valorisation des activités, et à être diffusé sur le site internet, les réseaux sociaux et les programmes de la collectivité : ☐ OUI ☐ NON
- à rentrer seul(e) : ☐ OUI ☐ NON

CONFORMITES DU DOCUMENT

Nous, soussignés (Nom, prénom des responsables légaux 1 et 2) _____

Responsables légaux de (Nom Prénom de l'enfant) _____ :

- Déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons le responsable de l'Accueil de Loisirs et les secours, à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant,
- Déclarons avoir pris connaissance du règlement intérieur, de la dernière version du protocole d'accueil et en acceptons les conditions, (Documents disponibles sur les lieux d'accueil et le site internet de la collectivité) ;
- Autorisons l'enfant à participer aux activités proposées,
- Autorisons le responsable de l'ALSH à consulter notre dossier CAF/MSA dans le cadre de l'application tarifaire,
- Autorisons à transporter l'enfant dans le cadre des activités ou en urgence santé.

Les informations recueillies au sein du présent document sont collectées afin de connaître l'identité des enfants et parents usagers de nos services. A partir de ces informations, vous serez enregistrés dans les fichiers de la Communauté de Communes jusqu'à ce que vous n'utilisiez plus le service. Si vous ne souhaitez pas que vos données soient collectées, informez-en votre interlocuteur. À tout moment, vous pouvez solliciter la Communauté de Communes afin d'accéder ou modifier les données personnelles qu'elle détient à votre sujet.

Fait le : _____ à : _____

SIGNATURE RESPONSABLE LEGAL 1

SIGNATURE RESPONSABLE LEGAL 2