

QF :

ACCUEIL DE LOISIRS SAINT EXUPERY
66470 SAINTE MARIE LA MER
Place Charles Perrault – 66470 Sainte Marie la Mer



☎ Section 3-11 ans : 06.88.09.42.19
E-mail : alsh@saintemarielamer.com

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENT

NOM DE L'ENFANT : PRENOM :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Adresse du domicile :

Code postal : Ville :

RESPONSABLE DE L'ENFANT : mère père tuteur famille d'accueil

Monsieur : Nom : Prénom :
Date de naissance : / / lieu de naissance :
Tél. domicile : Tél. travail :
Tél. portable : Profession :
Adresse : E-mail :
..... Employeur :

Madame : Nom d'usage : Prénom :
Nom de naissance : lieu de naissance :
Date de naissance : / / Tél. travail :
Tél. domicile : Profession :
Tél. portable : E-mail :
Adresse : Employeur :

Situation familiale : Marié/Pacsé Concubinage Mère célibataire Père célibataire
 Parents divorcés Parents séparés Veuf Veuve

 **NUMERO ALLOCATAIRE CAF** : 

(Si vous n'avez pas de numéro caf, veuillez fournir le dernier avis d'imposition lors de l'inscription. A défaut vous serez basculé sur la tranche la plus forte de la grille tarifaire).

N° de police d'assurance : Compagnie :

En cas d'urgence, prévenir :

Nom : Prénom : Tél :

Personnes susceptibles de récupérer l'enfant (autres que les parents):

Nom : Prénom : Tél :

Nom : Prénom : Tél :

(Présentation de la carte d'identité obligatoire pour récupérer l'enfant)

Je soussigné (e), **déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et l'accepte sans réserve**, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise mon enfant :

➤ A participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs (intérieures et extérieures) : oui non

➤ A être pris en photo ou en vidéo, dans le cadre des activités, pour d'éventuelles diffusions sur site internet de la commune, journal communal et presse locale : oui non

➤ A être transporté en véhicule de service et car de location lors d'activités extérieures : oui non

➤ A rentrer seul à la fin de l'accueil (**décharge automatiquement la commune de toute responsabilité en cas d'incident survenu lors du trajet retour dès lors que l'enfant a quitté l'accueil de loisirs**) : oui non

-J'autorise également le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage à régler la part des frais médicaux.

A Le **Signature** :

(À faire précéder de la mention «lu et approuvé»)

PIECES A FOURNIR IMPERATIVEMENT :

- Photocopie du carnet de santé (vaccins à jour)
- Attestation d'assurance scolaire/extrascolaire (responsabilité civile).
- Photocopie de la carte d'identité des 2 parents.
- Photocopie de la carte vitale des 2 parents.
- Une attestation d'emploi des 2 parents (uniquement pour l'inscription cantine).

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). **copie à joindre**

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ? Oui non

Aucun médicament ne sera administré par le personnel d'animation.

Pour les cas particuliers (P.A.I) joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR.....

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

-DES LUNETTES : au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant oui non

-DES PROTHÈSES AUDITIVES : au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant oui non

-DES PROTHÈSES / APPAREIL DENTAIRE : au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant oui non

-AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire).....

4- AUTORISATIONS

-J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

-J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussignée,responsable légal de l'enfant,
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à avertir l'équipe d'animation de toute modification.

Date :

Signature :