



# ACCUEIL DE LOISIRS DE LA ROCHE VINEUSE FICHE DE RENSEIGNEMENT

Document valable 12 mois.



Mairie La Roche Vineuse

Nom Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_ Garçon  Fille

École fréquentée : \_\_\_\_\_ Niveau : \_\_\_\_\_ Nom de l'instituteur.trice: \_\_\_\_\_

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

N° de police d'assurance : \_\_\_\_\_

## PARENTS

Vie commune  Séparés  Veuve/veuf

Garde partagée (à indiquer si changement possible durant les semaines de garderie)

### PARENT DESTINATAIRE DES FACTURES :

Mère  Père

*Même en cas de divorce et de non garde de l'un des parents, il est impératif de remplir les coordonnées des deux parents (sauf si décès).* **PARENT 2**

Nom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél 1 : \_\_\_\_\_

Tél 1 : \_\_\_\_\_

(Tél 2) : \_\_\_\_\_

(Tél 2) : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Régime :  CAF  MSA  Autre : \_\_\_\_\_

N° Allocataire : \_\_\_\_\_ Veuillez noter que si votre quotient familial est inférieur à la tranche de tarification la plus haute, il faut nous joindre votre dernière attestation et sera à actualiser tous les 3 mois.

Personne(s) également autorisée(s) à déposer ou récupérer l'enfant (NOM, Prénom, lien avec l'enfant, n° de téléphone) :

- Durant son accueil, la photo de votre enfant peut être utilisée à pour une utilisation destinée à une fabrication vous revenant. Les photos sont supprimées après utilisation. En inscrivant votre enfant au centre, vous en autorisez cette utilisation.
- Occasionnellement, des photos de groupe ou mettant une activité en avant peuvent être utilisées, à échelle locale, pour promouvoir les activités pédagogiques du centre (article, bulletin, Assemblée Générale). **En cas de refus, merci de cocher cette case**
- En qualité de **MERE PERE TUTEUR TUTRICE**  
Certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus  
Autorise mon enfant à participer à toutes activités de l'accueil de loisirs autorisées par la réglementation et comprend que l'inscription au Centre de Loisirs les jours de sortie entraîne mon autorisation à ce que mon enfant y participe  
M'engage à participer aux frais d'inscription indiqués, ainsi que les frais de séjour, déduction faite des aides auxquelles j'ai droit.  
Autorise le responsable du centre à faire soigner mon enfant et à prendre, en cas d'urgence, toute mesure (y compris hospitalisation et intervention chirurgicale), nécessitée par son état de santé, selon les prescriptions du corps médical consulté.

**Votre signature ci-dessous atteste de votre lecture et acceptation du règlement intérieur (envoyé par mail et disponible au centre de loisirs) :**

Fait à :

Le :

Signature :

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### Joindre obligatoirement la photocopie du carnet de vaccination

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant.  
Document valable 12 mois.

Nom du mineur : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe :  Féminin  Masculin

### 1- Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination)

VACCINATION OBLIGATOIRE*	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS OU OBLIGATOIRE POUR LES ENFANTS NES A PARTIR DE 2018	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie		Coqueluche	
Tétanos		Haemophilus influenzae b	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons- Rougeole	
		Hépatite B	
		Pneumocoque	
		BCG	
		Méningocoque C	
		Autres (préciser)	

\* Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

### 2- Renseignements concernant le mineur

Poids : .....kg ; Taille : .....CM (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical ?  Oui  Non

A-t-il un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) :  Oui  Non

A-t-il une pathologie chronique ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et/ou le PAI 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 administré sans ordonnance.**

**ALLERGIES** : Alimentaires :  Oui  Non

Médicamenteuse :  Oui  Non

Autre (*animaux, plantes, pollen...*) :  Oui  Non

Si oui, précisez : .....

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé ?  Oui  Non  
(asthme, maladie, crises convulsives, rééducation... en précisant les précautions à prendre)

Si oui, précisez : .....

Le mineur suit-il un régime alimentaire ?  Oui  Non

Si oui, précisez : .....

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

MALADIE :	Oui :	Non :	Si oui, précisez la date :
Varicelle			
Otite			
Rubéole			
Rougeole			
Oreillons			
Coqueluche			
Angine			
Rhumatisme articulaire aigu			
Scarlatine			

### 3- Recommandations utiles des parents

*Port des lunettes/lentilles, d'appareil dentaire/auditif, difficultés de sommeil, etc. Antécédents médicaux/ chirurgicaux susceptibles d'avoir des répercussions durant l'accueil de l'enfant.*

Le mineur présente-t-il un trouble du comportement ou une situation de handicap (nécessitant des aménagements spécifiques ou non) ?

Si oui, précisez : .....

Bénéficiez-vous de l'AEEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé) ?

Oui  Non. Si oui, merci de nous fournir l'attestation.

Nom, ville et téléphone du médecin traitant : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur. En cas de refus, cochez cette case

Fait à : ..... Signature :

Le : .....