



ACCUEIL DE LOISIRS DE SAINT-MARTIN-BELLE-ROCHE FICHE DE RENSEIGNEMENT

Document valable 12 mois.



MAIRIE
SAINT-MARTIN-BELLE-ROCHE
SAÔNE-ET-LOIRE

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 PÈRE 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 NÉS 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 (ex : sans viande, allergie

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 :