

Partie réservée aux animateurs QF : CCom oui - non Bons CAF oui - non Date :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT ET LA FAMILLE

NOM : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : _____ Etablissement scolaire : _____
 Votre enfant sait-il nager ? Oui Non

Parent 1 - Nom: _____ Prénom: _____	Parent 2 - Nom: _____ Prénom: _____
Qualité :	Qualité :
Adresse :	Adresse :
Profession :	Profession :
TELEPHONES	TELEPHONES
Domicile :	Domicile :
Portable :	Portable :
Travail :	Travail :
Courriel :	Courriel :
Lieu-N° allocataire CAF :	Lieu-N° allocataire CAF :
Nom et adresse Caisse sécurité sociale :	Nom et adresse Caisse sécurité sociale :
N° Sécurité Sociale :	N° Sécurité Sociale :
Nom et adresse de Mutuelle :	Nom et adresse de Mutuelle :
Assurance responsabilité civile : - fournir une attestation en cours de validité	Assurance responsabilité civile : - fournir une attestation en cours de validité

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Votre enfant doit être à jours de ses vaccinations, pour accéder aux services proposés par l'accueil de loisirs.
 Merci de nous joindre **une copie des vaccinations** figurant sur le carnet de santé de votre enfant.

Je, soussigné,(père, mère, tuteur),
 atteste que mon enfant est à jour de ses vaccinations.

Signature(s) du (des) responsable(s)

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Rubéole Coqueluche Varicelle Rougeole
 Oreillons Scarlatine Otite Angine

Votre enfant suit-il un traitement médicale ? Oui Non **Si OUI, Joindre :**

* Une ordonnance récente et les médicaments correspondants.
 (boîte de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant)

J'autorise Je n'autorise pas l'équipe d'encadrement de l'ALSH à administrer les médicament inscrit sur l'ordonnance jointe.

Votre enfant souffre t-il d'allergies ? Oui Non **Si OUI :**

Si OUI : Alimentaire Médicamenteuse Asthme Autres (.....)

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir ainsi que d'éventuelles observations

.....

Votre enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, opération, hospitalisation, rééducation, crises convulsives, ...)

.....

Bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé Oui Non (si oui, merci de nous le communiquer avec le nécessaire d'urgence)

Votre enfant porte-t-il : des lunettes des lentilles des prothèses auditives des prothèses dentaires

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

J'autorise Je n'autorise pas

L'Accueil de Loisirs Creuse Sud Ouest à prendre, en cas d'urgence, tous soins rendus nécessaires par son état , y compris intervention chirurgicale et transport dans un véhicule de secours au centre hospitalier le plus proche.

AUTORISATION MEDICALE

Docteur autorise l'enfant
à pratiquer les activités (sportives en générale, nautiques, équestre, sport mécaniques, aquatiques) dans le cadre de
l'Accueil de Loisirs.

Fait à , le

Cachet et signature du médecin

Numéro de téléphone du médecin :

AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné, , père, mère, tuteur,
responsable(s) de l'enfant

autorise notre enfant à pratiquer toutes les activités proposées par l'Accueil de Loisirs Creuse Sud Ouest
(baignades, sorties, sports, ...)

Fait à , le

Signature(s) du (des) responsable(s)

AUTORISATION DU DROIT A L'IMAGE

J'autorise l'Accueil de Loisirs Creuse Sud Ouest à photographier et/ou filmer mon enfant et à utiliser ses images.
(diffusion de programmes, journaux locaux, publication sites internet communauté de communes et partenaires)

Fait à , le

Signature(s) du (des) responsable(s)

AUTORISATION DE DEPART

Personnes autorisées à venir chercher mon enfant (autre que les responsable légaux) :

Nom	Prénom	Numéro de téléphone	Qualité

DOCUMENTS A FOURNIR

Nous demandons aux allocataires CAF qui bénéficient des Pass Temps Libre de nous transmettre leur document. Il nous est nécessaire pour l'application de la prise en charge d'une partie du coût de journée par la CAF.

Les allocataire MSA devront nous transmettent leur attestation de Quotient familial afin que l'on puisse leur appliquer la tarification adéquate.

A défaut, nous vous demandons votre dernier avis d'imposition afin d'effectuer manuellement le calcul de votre quotient familial de la manière suivante : (revenu fiscal de référence ÷ 12 mois ÷ nombre de parts)

DECLARATION

Nom : Prénom :

- déclare exacte les informations portées sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

- reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs Creuse Sud Ouest et m'engage à le respecter et le faire respecter par mon enfant.

Date :

Signature des parents et/ou responsables légaux
précédée de la mention "lu et approuvé"