

5 - RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT (Ecrire en majuscule et lisiblement)

Parent 1 : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/>	Parent 2 : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Tuteur
<input type="checkbox"/> Famille d'Accueil	<input type="checkbox"/> Famille d'Accueil
NOM : _____	NOM : _____
PRENOM : _____	PRENOM : _____
DATE DE NAISSANCE : ___/___/___	DATE DE NAISSANCE : ___/___/___
ADRESSE : _____	ADRESSE : _____
TEL DOMICILE _____	TEL DOMICILE _____
TEL PORTABLE _____	TEL PORTABLE _____
E-MAIL : _____	E-MAIL : _____
PROFESSION : _____	PROFESSION : _____
TEL BUREAU _____	TEL BUREAU _____

Autorité parentale si séparation : Conjointe Exclusive

Nom du représentant légal : _____

En cas de séparation des parents, vous devez obligatoirement joindre une photocopie du Jugement spécifiant les modalités exactes de garde de l'enfant.

Précisions supplémentaire : _____

J'atteste avoir souscrit pour mon enfant, sur la période du 1^{er} septembre de l'année en cours au 31 août de l'année suivante, une assurance responsabilité et individuelle accidents corporels, scolaire, extra et périscolaire. (Attestation à fournir)

Numéro d'assurance : _____

Nom et téléphone du médecin traitant : _____ / _____

6 – INFORMATIONS D'INSCRIPTIONS (MERCREDIS UNIQUEMENT)

- Matin sans repas (7h30-11h45) Matin avec repas (7h30-13h00)
- Après-midi sans repas (13h00-18h00) Après-midi avec repas (11h45-18h00)
- Journée complète (7h30-18h00)

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le/la responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ___/___/_____ Signature(s) :



COMMUNE
DE
SAINT-FÉLIX

NOM de l'enfant : _____

PRENOM : _____

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ACCUEIL DE LOISIRS

Aucun enfant ne pourra être accueilli dans la structure de loisirs sans cette fiche dûment remplie ni les documents obligatoires qui la complètent.
Cette fiche ne vaut pas réservation pour les Mercredis et les Vacances Scolaires.

-- UNE FICHE PAR ENFANT --

1 - ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ____/____/_____

FILLE GARÇON

SCOLARITÉ (École) : _____

2 - VACCINATIONS (Se référer au carnet de santé / certificats de vaccinations de l'enfant)

Pour les enfants nés avant 2018

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
DT POLIO			

Pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
DT Polio			
Coqueluche			
HIB			
Hépatite B			
Pneumocoque			
Méningocoque de type C			
Rubéole Oreillons Rougeole			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Votre enfant à un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) : OUI NON

Le document PAI est à remplir et à joindre à cette fiche sanitaire. En cas de traitement, une trousse marquée au nom de l'enfant, avec l'ordonnance ainsi que la procédure à suivre est à fournir à l'équipe d'animation.

ALLERGIES

ASTHME OUI NON

MEDICAMENTEUSES OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON (Précisez) : _____

AUTRES : _____

DIFFICULTÉS DE SANTÉ Maladie, accident, crises convulsives, opération, hospitalisation, rééducation... En précisant les dates et les précautions à prendre

En cas de traitement médical, aucun médicament ne pourra être administré à votre enfant sans ordonnance.

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

RÉGIME ALIMENTAIRE

Sans porc Sans viande Autre : _____

4 - AUTORISATIONS

Sortir seul(e) de la structure (uniquement >10 ans) OUI NON

Transport du mineur OUI NON

Prise de photos/vidéos/enregistrements audios OUI NON

Publications d'images dans les médias (journaux) OUI NON

Publications d'images sur les réseaux sociaux (Facebook) OUI NON

Publications sur la plateforme d'échange (Discord)* OUI NON

* Il s'agit de la plateforme pour le partage des photos des activités réalisées au sein de la structure. Un délai de suppression des photos/vidéos/messages 15 jours après la publication est activé.

PERSONNES AUTORISÉES (hors resp. légaux) À RÉCUPÉRER L'ENFANT

NOM : _____	NOM : _____
PRÉNOM : _____	PRÉNOM : _____
QUALITÉ : _____	QUALITÉ : _____
MINEUR : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	MINEUR : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
NOM : _____	NOM : _____
PRÉNOM : _____	PRÉNOM : _____
QUALITÉ : _____	QUALITÉ : _____
MINEUR : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	MINEUR : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>