

ACCUEILS DE LOISIRS ENFANCE et JEUNESSE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2008-2009



IDENTITE & COORDONNEES DE L'ENFANT ou DU JEUNE

Nom et Prénom : _____ Né(e) le _____ Sexe : M F

Etablissement scolaire fréquentée : _____ Classe : _____

Adresse : _____

 _____ courriel _____ @ _____

IDENTITE & COORDONNEES DU/DES RESPONSABLES LEGAUX

Père _____ Mère _____

 domicile _____ courriel _____ @ _____

 père _____  mère _____

 travail père _____  travail mère _____

Autres personnes à joindre en cas d'urgence (précisez s'il s'agit de parents, amis, babysitter...)

_____  _____

_____  _____

_____  _____

CAF / SECURITE SOCIALE

N° de sécurité sociale : _____ (indispensable en cas d'urgence médicale)

N° d'allocataire : _____

Merci de préciser le régime dont vous dépendez (Général, M. S. A., autre) : _____

DEPART DE L'ENFANT OU DU JEUNE

J'autorise mon enfant à quitter seul le Centre de Loisirs Municipal ou l'Espace Jeunes. oui non

Si oui, précisez à quel moment (après le goûter, à la fermeture de la structure, ...) : _____

Si non, personnes autorisées à venir le chercher (précisez s'il s'agit de parents, amis, babysitter...)

_____  _____

_____  _____

_____  _____

Toute modification des conditions de départ de votre enfant devra être obligatoirement précisée par écrit.

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités organisées par la structure d'accueil sous la responsabilité de l'équipe d'animation oui non

J'autorise le responsable de la structure d'accueil à

- photographier ou filmer mon enfant dans un but pédagogique ou de communication oui non

- prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale oui non

Toute modification devra être obligatoirement précisée par écrit.

Je soussigné M. _____, responsable légal de l'enfant _____

- certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche ;

- reconnaît avoir pris connaissance du règlement intérieur et du fonctionnement de la structure et l'avoir accepté ;

- m'engage à rembourser les honoraires médicaux et les frais pharmaceutiques avancés par l'organisateur en cas de soins engagés ;

- certifie avoir été informé des garanties souscrites par la Commune et avoir été informé de mon intérêt à contracter une assurance complémentaire.

Signature précédée de la mention «lu et approuvé»

Fait à Chavagne, le _____

DONNEES SANITAIRES DE L'ENFANT

Ces données permettent de recueillir des informations nécessaires en cas d'urgence pour votre enfant.

POIDS : _____ TAILLE : _____

GROUPE SANGUIN (si vous le connaissez) _____

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé de l'enfant)

- BCG oui non date du dernier rappel : _____
- DTP oui non date du dernier rappel : _____
- ROR oui non date du dernier rappel : _____
- Hépatite B oui non date du dernier rappel : _____
- Autres (précisez) _____

ALLERGIES

- MEDICAMENTEUSES oui non
- ALIMENTAIRES oui non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) _____

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

Commentaires éventuels :

Votre enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente 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.

Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Vos recommandations utiles (port de lunettes, prothèses dentaires, etc...).

Médecin traitant : _____  _____