

ENFANT NOM : Prénom :

SEXE : F M Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Ecole fréquentée : Classe 2023/2024 :

Numéro d'allocataire CAF de la famille :

PARENT 1

NOM : Prénom : Parenté :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Adresse :

Tel fixe : Tel portable : Tel Travail :

Adresse mail Situation familiale :

Profession : Employeur :

⇒ Pensez à nous tenir informé en cas de changement de coordonnées (adresse, numéro de téléphone, mail...)

PARENT 2

NOM : Prénom : Parenté :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Adresse :

Tel fixe : Tel portable : Tel Travail :

Adresse mail Situation familiale :

Profession : Employeur :

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER MON ENFANT (AUTRES QUE LES PARENTS)

Nom Prénom : Tel : Lien de parenté :

Nom Prénom : Tel : Lien de parenté :

Nom Prénom : Tel : Lien de parenté :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (AUTRES QUE LES PARENTS)

Nom Prénom : Tel : Lien de parenté :

Nom Prénom : Tel : Lien de parenté :

Nom Prénom : Tel : Lien de parenté :

Régime alimentaire : Sans Porc Sans Viande Autres à préciser :

Votre enfant a-t-il des allergies :

Asthme : oui non / **Alimentaires :** oui non / **Médicamenteuses :** oui non

Si oui, préciser lesquelles, fournir un certificat médical et préciser la cause de l'allergie ainsi que la conduite à tenir :

.....

Autres :

Médecin traitant (facultatif) : Tel :

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

.....

VACCINATION (fournir le carnet de santé de votre enfant)

Tout enfant accueilli en Centre de Loisirs doit répondre aux obligations vaccinales fixées par le Code de l'Action Sociale et Familiale, l'unique obligation vaccinale porte sur la Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite.

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

Rubéole varicelle angine scarlatine coqueluche otite rougeole oreillons rhumatismes

ACCUEIL ADAPTE POUR LES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP

Afin d'assurer un accueil dans les conditions les plus adaptées, merci de nous indiquer si votre enfant bénéficie d'un des dispositifs suivants :

- Allocation enfant handicapé (AEEH ou PCH)
- Projet d'Accueil Individualisé lié au handicap (PAI)
- Projet d'Accueil Personnalisé (PAP)

Merci de fournir une copie de la Notification MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)

AUTORISATIONS

1- Sortie : j'autorise mon enfant à partir seul : oui non

2- Consultation du quotient familial CAF par le secrétariat : j'autorise je n'autorise pas
Sans autorisation de consultation, le tarif le plus élevé sera appliqué.

3- Droit à l'image : j'autorise je n'autorise pas : photos et vidéos dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs

4- Participation aux activités à l'extérieur organisées par le centre de loisirs: j'autorise je n'autorise pas

5- Transport en voiture particulière en cas de problème de santé de mon enfant : j'autorise je n'autorise pas

6- Administration de médicaments sur présentation d'ordonnance ou après autorisation donnée par les services d'urgence : j'autorise je n'autorise pas

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre les mesures d'urgence nécessaires pour notre enfant.

Préférence : clinique hôpital

Je soussigné(e)....., déclare être en possession, avoir pris connaissance et accepté le règlement intérieur.

Je déclare avoir pris connaissance des informations relatives à l'utilisation des données à caractère personnel (RGPD).

Date :

Signature :