

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2018 /2019



NOM ET PRENOM DE L'ENFANT

Sexe : M F

Date de naissance :

Ecole fréquentée :

Classe :

PERE (nom et prénom) :

Adresse

.....

Tél. domicile : Tél. portable :

Adresse mail (*pour envoi informations*) :

Nom, adresse de l'employeur :

.....

Téléphone professionnel :

MERE (nom et prénom) :

Adresse

.....

Tél. domicile : Tél. portable :

Adresse mail (*pour envoi informations*):

Nom, adresse et n° de téléphone de l'employeur :

.....

Téléphone professionnel :

Adresse de facturation : Père et mère Père Mère

Numéro allocataire CAF :

Quotient familial : Justificatif CAF Pro

Réservé Mairie : Tranche 1 2 3 4

Personne(s) habilitée(s) à récupérer l'enfant à la place des parents et/ou à contacter en cas d'urgence:

NOM ET PRENOM :

Adresse :

N° de téléphone :

Lien avec la famille :

NOM ET PRENOM :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Lien avec la famille :

IMPORTANT

- Pour que votre dossier soit complet, il faut nous transmettre :
- Une attestation de quotient familial CAF
 - Une copie du carnet de santé (pages de vaccination)
 - Une copie d'assurance scolaire 2018/2019
 - Un RIB



Tournez la page

Autorisations parentales diverses

Je soussigné(e), Madame/Monsieur

AUTORISE mon fils/ma fille

. à subir une anesthésie au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aigüe à évolution rapide, une intervention chirurgicale serait nécessaire. OUI NON

. à rejoindre seul sa famille dès la fermeture du centre, dégageant ainsi l'accueil de loisirs de toute responsabilité en cas d'incident (pour les + de 6ans). OUI NON

. à être photographié ou filmé lors des diverses activités (diffusion sur des documents officiels, outils de communication) OUI NON

Règlement

L'inscription au service Enfance/Jeunesse vaut acceptation du règlement de fonctionnement.

Fiche sanitaire

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé)

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Date
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (précisez)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication
Attention, le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

 L'enfant a - t'il déjà EU LES MALADIES SUIVANTES ? (Entourer le nom ou le rayer)

Rubéole Coqueluche Angine Otite Scarlatine Rougeole


Oreillons Varicelle Rhumatisme Articulaire Aigüe

Allergies : médicamenteuses, alimentaires, asthme, autres... Précisez :

 L'enfant suit-il un TRAITEMENT MEDICAL PARTICULIER ?.....

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 pris sans ordonnance.

 Indiquez ci-après les éventuelles DIFFICULTES DE SANTE en précisant les précautions à prendre :

Je déclare sur l'honneur l'exactitude de ces renseignements, j'ai pris connaissance des conditions d'inscription et de fonctionnement et je les accepte. Je m'engage à signaler tout changement relatif à cette déclaration.

A le

Signature du responsable légal