

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2017-2018

ENFANT :

NOM : PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
ETABLISSEMENT SCOLAIRE FREQUENTE :
CLASSE :

RESPONSABLE LEGAL 1 :

NOM : PRENOM :
ADRESSE :
CODE POSTAL : VILLE :
NUMERO DE TELEPHONE DOMICILE :
NUMERO DE TELEPHONE PROFESSIONNEL :
NUMERO DE PORTABLE :
MAIL :

RESPONSABLE LEGAL 2 :

NOM : PRENOM :
ADRESSE :
CODE POSTAL : VILLE :
NUMERO DE TELEPHONE DOMICILE :
NUMERO DE TELEPHONE PROFESSIONNEL :
NUMERO DE PORTABLE :
MAIL :

INFORMATIONS DIVERSES :

CAISSE D'AFFILIATION : CAF MSA AUTRE :
NUMERO ALLOCATAIRE :

Merci de bien préciser le nom, prénom école et classe de l'enfant sur l'attestation

J'attire votre attention sur le fait qu'une convention est signée entre la municipalité et la CAF. Seule la direction, à l'aide de votre numéro allocataire, a accès à votre quotient familial. Si vous ne souhaitez pas que la direction y accède, nous vous demandons de joindre au dossier une attestation de la CAF prouvant votre quotient familial. Si aucun document n'est transmis, nous serons dans l'obligation de vous facturer les activités au tarif le plus élevé.

NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE :

Joindre attestation de responsabilité

NUMERO DE SECURITE SOCIALE DU RESPONSABLE LEGAL :

NOM DU MEDECIN TRAITANT : TELEPHONE :

PERSONNE A PREVENIR en cas d'impossibilité de joindre les parents :

NOM : PRENOM : TEL :

NOM : PRENOM : TEL :

PERSONNES HABILITEES A RECUPERER MON ENFANT :

Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :

Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :

Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :

J'autorise mon enfant à partir seul : oui non

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX : Joindre photocopie des vaccins

Groupe sanguin :

L'enfant a-t-il des allergies ? : oui non

Si oui, lesquelles ? :

PAI existant Fournir copie du PAI

Le protocole d'urgence et la trousse médicale devront être donnés au directeur de l'accueil du Mercredi après midi et de l'extrascolaire

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, joindre traitement et ordonnance

L'enfant a déjà eu : rubéole coqueluche rhumatismes varicelle otite

oreillons angine rougeole scarlatine méningite

Poids de l'enfant :

Taille de l'enfant :

Autres renseignements complémentaires :

En signant ce document, j'atteste sur l'honneur que :

- Mon enfant possède une responsabilité civile
- Mon enfant possède une assurance maladie (sécurité sociale)
- L'exactitude des renseignements portés sur cette fiche
- Mon enfant est à jour de ses vaccinations obligatoires

En signant ce document :

- J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs
- Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et en avoir informé mon enfant.
- Je décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir à l'extérieur du centre en dehors des heures de présence au centre
- J'autorise les organisateurs à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) nécessaires en cas d'urgence médicale
- Je m'engage à payer les honoraires médicaux et pharmaceutiques engagés par les organisateurs.

En cas d'accident, mon enfant sera pris en charge par les services de secours et dirigé vers le centre hospitalier le plus proche.

- J'autorise l'équipe d'animation à transporter les enfants en mini bus vers des sorties extérieures.
- J'autorise mon enfant à sortir de l'enceinte du centre pour les sorties de groupe
- J'autorise le service à nous transmettre des informations par mail.

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE :

- J'autorise le responsable à utiliser l'image de mon enfant sur des documents de communication interne et externe. oui non

Fait à le / /

Signature des parents précédée de la mention « lu et approuvé »

