

Fiche de renseignements	
NOM et PRÉNOM DE L'ENFANT	
_____ <input type="checkbox"/> G - <input type="checkbox"/> F	
Naissance le ___ / ___ / ___ à _____	
Ecole : _____ Classe : _____	

Qui est le responsable légal de l'enfant ? Père Mère Tuteur

Nom et prénom: **Parent 1:** _____

Adresse habituelle : _____

_____ N° téléphone domicile : ___ ___ ___

N° portable : _____ N° travail : _____

Courriel : _____ @ _____

Profession : _____ Nom de l'employeur : _____

Nom et prénom: **Parent 2 :** _____

Adresse habituelle : _____

_____ N° téléphone domicile : ___ ___ ___

N° portable : _____ N° travail : _____

Courriel : _____ @ _____

Profession : _____ Nom de l'employeur : _____

CAF : N° : _____ / ___ Adresse de votre caisse : _____ QF : _____

Nom et téléphone d'un tiers (en cas d'urgence, si les parents ne peuvent être joints) : _____

Joindre une attestation du Quotient Familial et une attestation d'assurance

Régime alimentaire de votre enfant : Sans Porc Sans viande Végétarien Autre (préciser)

DÉCLARATION DU CHEF DE FAMILLE (à compléter et signer)

Je soussigné, M. ou Mme _____

responsable de l'enfant : _____

- Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs de Pont du Château.
- autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par l'accueil de loisirs.
- donne mon autorisation pour que :
 - mon enfant soit photographié ou filmé lors de sa participation à l'accueil de loisirs,
 - son image puisse être reproduite sur support papier ou électronique dans le cadre de l'établissement d'un document pédagogique ou d'information,
 - son image soit conservée et utilisée pendant une durée illimitée, uniquement dans un but pédagogique ou d'information, sachant que je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification auprès de l'organisateur de l'accueil.
- renonce à solliciter une quelconque compensation à quelque titre que ce soit pour la participation de mon enfant à la prise de vue et à sa diffusion.
- m'engage à payer les frais de séjour incombant à la famille à réception de la facture.

À _____ le ___ / ___ / _____ **Signature**

Fiche Sanitaire de Liaison

1 – ENFANT

NOM :

Date de Naissance :

Prénom :

Sexe* : Garçon / Fille

2 – VACCINATIONS : Joindre les photocopies des pages vaccinations du carnet de santé

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)

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- Si l'enfant suit un traitement médical, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant**)

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole

Otite

Oreillons

Coqueluche

Angine

Scarlatine

Varicelle

Rougeole

Rhumatisme articulaire aigu

- Allergies : Asthme Alimentaires Médicamenteuses Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

- Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM Prénom :

Adresse :

Tél. :

N° Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant): (Obligatoire)

NOM et Tél. du médecin traitant :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE ET SIGNATURE

* Rayer la mention inutile