

Fiche de renseignements
NOM et PRÉNOM DE L'ENFANT



_____ G - F

Naissance le ___ / ___ / ___ à _____

Ecole : _____ Classe : _____

Responsables légaux de l'enfant :

Père Mère Tuteur Autre (préciser)

Nom et prénom : _____

Adresse habituelle : _____

N° téléphone domicile : ___ - ___ - ___ - ___

N° portable : _____ N° travail : _____

Courriel : _____ @ _____

Profession : _____ Nom de l'employeur : _____

Père Mère Tuteur Autre (préciser)

Nom et prénom : _____

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 les copies des vaccins, une attestation du Quotient Familial et une attestation d'assurance

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

DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL (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.
- donne mon autorisation pour que :
 - lors de sa participation à l'accueil de loisirs : mon enfant soit photographié OUI NON
 - mon enfant soit filmé OUI NON
 - dans le cadre de l'établissement d'un document pédagogique ou d'information :
 - son image puisse être reproduite sur support papier pour usage interne à la Collectivité OUI NON
 - son image puisse être reproduite sur support électronique en interne à la Collectivité OUI NON (messagerie électronique ...)
 - son image puisse être reproduite sur support papier pour usage externe à la Collectivité OUI NON (bulletin municipal ...)
 - son image puisse être reproduite sur support électronique en externe à la Collectivité OUI NON (Site INTERNET, réseaux sociaux ...)
- 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 antitétanique 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 ?

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Oreillons |
| <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Scarlatine |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> 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