



# ACCUEIL LOISIRS MUNICIPAL DE CAUDRY

## De 3 à 14 ans

### ANNEE 2018

#### *Fiche Renseignement enfant*

#### Enfant

Nom Prénom

Age :                      Sexe :

Né (e) le    \_\_/\_\_/\_\_ à \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale :

Nationalité :

#### Famille

M. et Mme

Adresse :

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Télécopie :

E-mail :

Régime : CAF / MSA / Autres

Situation Familiale :

Quotient Familial

Nombre Total d'Enfants :

Assurance :

Nombre d'Enfants à Charge :

N° de police

#### Documents à fournir dans ce dossier :

- attestation d'assurance extra scolaire
- certificat médical d'aptitude aux sports et vaccinations à jour
- justificatif du quotient familial CAF

## INSCRIPTION : Année 2018

Fiche Père :	Fiche Mère :
Nom _____ Prénom _____ Né le ___/___/___ à _____ Nationalité : _____ Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____ Mobile : _____ N° de sécurité sociale : _____ N° Allocataire : _____ Profession : _____ Société : _____  Tel. Professionnel : _____ Autorité Parentale : Oui / Non	Nom _____ Prénom _____ Née le ___/___/___ à _____ Nationalité : _____ Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____ Mobile : _____ N° de sécurité sociale : _____ N° Allocataire : _____ Profession : _____ Société : _____  Tel. Professionnel : _____ Autorité Parentale : Oui / Non

Autorisations		Commentaires
Autorisation de sortie (organisée par le centre)	oui / non	
Départ seul	oui / non	
Prise d'images	oui / non	
Diffusion d'images	oui / non	
Transport collectif pour les sorties	oui / non	

Médecin	Spécialité	Adresse	Téléphone	Ville

Régime Alimentaire	Commentaires

Allergie	Commentaires
ALIMENTAIRES	
ASTHME	
MEDICAMENTEUSES	
AUTRES	

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Vaccins	Dernière Vaccination	Prochaine Vaccination
BCG	__/__/__	
COQUELUCHE	__/__/__	__/__/__
DIPHTERIE	__/__/__	__/__/__
DT POLIO	__/__/__	__/__/__
HEPATITE B	__/__/__	__/__/__
POLIOMYELITE	__/__/__	__/__/__
ROR	__/__/__	__/__/__
TETANOS	__/__/__	__/__/__
TETRACOQ	__/__/__	__/__/__

Médicament	Début	Fin	Commentaires
	__/__/__	__/__/__	
	__/__/__	__/__/__	
	__/__/__	__/__/__	

Maladie	OUI	NON	Commentaires
ANGINE			
COQUELUCHE			
OREILLONS			
OTITE			
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU			
ROUGEOLE			
RUBEOLE			
SCARLATINE			
VARICELLE			

### Notes Médicales

Autorisation d'Hospitalisation : OUI  NON

Etablissement Hospitalier :

Traitement contre la Pédiculose (contre les poux) :

Antécédents Médicaux	Commentaires - Hospitalisation

Personnes à Contacter en Cas d'Urgence et autoriser à reprendre l'enfant					
Nom	Prénom	Adresse	Ville	Téléphone	Lien de Famille

Je me dois d'informer et de signaler tout changement auprès du responsable de la structure.

J'autorise le responsable de la structure à prendre pour mon enfant, toute disposition nécessaire en cas d'urgence, notamment l'hospitalisation si l'état de santé le nécessite, et ce, dans la mesure du possible, dans l'établissement désigné ci-dessus.

Je m'engage en outre à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques qui pourraient être engagés pour les soins à apporter à mon enfant.

Je certifie avoir pris connaissance du **Projet Pédagogique et du règlement intérieur** de la structure et je m'engage à le respecter en tout point.

Fait à :

Le :

"Lu et approuvé"

Signature du père, de la mère ou du tuteur légal.

## AUTORISATION PARENTALE SUR LA LIBRE UTILISATION DE L'IMAGE D'UNE PERSONNE MINEURE

Je soussigné (e) : .....

Demeurant : .....

Autorise ou n'autorise pas (1) la prise de vue et la publication de l'image sur laquelle mon enfant \_\_\_\_\_ apparaît ; ceci, sur différents

Supports (écrit, électronique, audio-visuel et sur la page FACEBOOK de la structure) et sans limitation de durée.

Je reconnais avoir pris connaissance de l'utilisation qui en est faite dans le cadre des activités de l'accueil de Loisirs.

Je reconnais également que les utilisations éventuelles ne peuvent porter atteinte à sa vie privée et, plus généralement, ne sont pas de nature à lui nuire ou à lui causer un quelconque préjudice.

Fait à : .....

Le.....

(1) : rayer la mention inutile

Signature :