

Fiche de renseignements pour l'année 2014

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ___/___/___ Sexe : _____

Adresse exacte : _____

Ecole de : _____ classe : _____

Nom, prénom, numéros de téléphone des responsables légaux de l'enfant :

Responsable légal A _____ Responsable légal B _____

Portable : _____ travail : _____ Portable : _____ travail : _____

Tél domicile : _____ e-mail : _____ @ _____

Coefficient de ressources du foyer : _____

Je souhaite qu'ADAPTE 95 m'envoie le planning d'activités par mail : Oui Non

N° Allocataire CAF : _____ Régime général Régime agricole

Compagnie d'Assurance : _____ N° de police responsabilité civile : _____

(Joindre obligatoirement une copie de l'attestation d'assurance)

Adresse : _____

Afin de pouvoir vous contacter en cas de problème

Nom et adresse de l'employeur (père) : _____

Nom et adresse de l'employeur (mère) : _____

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Vaccinations

Joindre obligatoirement une copie du carnet de vaccination de l'enfant.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

Cadre réservé à ADAPTE 95			
Vaccins	Oui	Non	derniers rappels
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Hépatite B			
ROR			
Coqueluche			
Autres (préciser)			

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical de manière permanente ou est amené durant l'année à en suivre.....**OUI / NON**

ATTENTION : Si votre enfant suit un traitement, une ordonnance en cours de validité est obligatoire. Elle est à joindre aux médicaments et à remettre au directeur. (Les médicaments doivent être dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice).

ALLERGIE : ASTHME **OUI / NON** MÉDICAMENTEUSE **OUI / NON** ALIMENTAIRE **OUI / NON** AUTRE _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : _____

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) **en précisant les dates et les précautions à prendre.**

Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses (auditives, dentaires) etc... **précisez :**

Votre enfant suit un régime alimentaire particulier, précisez : _____

Personne à contacter en cas d'accident (à remplir si différent des personnes désignées comme responsables de l'enfant) :

NOM/Prénom _____ Tél. fixe : _____ portable : _____

Adresse _____

Nom du médecin traitant de l'enfant : _____ Tél : _____

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

Je m'engage à informer le directeur de l'Accueil Collectif de Mineurs de toute évolution médicale entre les sessions.

Date

Signature

AUTORISATIONS PARENTALES

Déroulement des activités

J'autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités de l'accueil de loisirs y compris celles organisées hors de la commune.

OUI NON J'autorise mon enfant à **participer aux activités baignade (piscine, base de loisirs, ...)**.

Mon enfant sait nager ne sait pas nager

OUI NON J'autorise mon enfant à **voyager en transport collectif** (car...)

OUI NON J'autorise à ce que mon enfant **soit photographié ou filmé** dans le cadre de l'accueil de loisirs

OUI NON J'autorise ADAPTE 95 et la communauté de communes à utiliser pour ses différents supports de communication toute photographie ou vidéo sur laquelle mon enfant apparaît à condition que celle-ci ne porte pas atteinte à son intégrité.

Sortie de l'enfant exclusivement pour les enfants habitants Villers en Arthies :

En cas d'indisponibilité d'un ou des parents, l'enfant aura la possibilité de rentrer seul à partir de 17 h.

OUI NON J'autorise mon enfant à rentrer seul le soir

Tous les jours d'inscriptions Uniquement sur demande (*dans ce cas, un courrier devra être remis à l'arrivée de l'enfant le jour concerné*)

Heure de départ de l'enfant du centre de loisirs demandée par les responsables légaux : _____h_____

Personnes autorisées à reprendre l'enfant le soir

J'autorise les personnes suivantes à reprendre mon enfant :

NOM Prénom Adresse Tél. domicile ou portable

Je soussigné, _____ responsable légal de l'enfant _____, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date

Signature