

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ACCUEIL DE LOISIRS 3/12 ANS

(À renseigner obligatoirement par le(s) responsable(s) légal (aux) de l'enfant.
Les informations confidentielles qu'elles contiennent sont destinées au responsable sanitaire et
le cas échéant, aux services médicaux.

NOM.....

Prénom.....

Adresse.....

.....

Code postal.....Ville.....

Date de naissance.....Age.....

Ecole :.....Classe :.....

Responsable légal de l'enfant : Mme/Mr :.....

Adresse.....

Courriel :.....

Domicile :.....Portable :.....Travail.....

Profession :.....N° S.S :.....

REGIME GENERAL: oui non N° ALLOCATAIRE CAF :.....

Conjoint : Mme/Mr.....

Adresse.....

Courriel:.....

Domicile :.....Portable :.....Travail.....

Profession :.....N° S.S :.....

REGIME GENERAL: oui non N° ALLOCATAIRE CAF:.....

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e) Mme/Mr..... déclare
inscrire mon enfant..... aux activités de l'accueil de
loisirs « La planète des mômes » au Fayet.

J'autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités (sauf celles citées sur la fiche sanitaire au dos), y compris la baignade et les
jeux aquatiques.

oui non (cocher la case)

J'autorise, la/le responsable de l'accueil de loisirs, à prendre toutes les mesures utiles (y compris l'hospitalisation), en cas d'accident
pouvant survenir à mon enfant.

oui non (cocher la case)

Je déclare avoir signalé au responsable de l'accueil de loisirs toutes les données médicales concernant mon enfant (voir fiche
sanitaire), y compris le ou les traitements médicaux en cours.

oui non (cocher la case)

J'autorise l'accueil de loisirs à diffuser (pour le site internet de la structure, page facebook, journaux ou plaquette d'informations)
des photos de mon enfant.

oui non (cocher la case)

Fait au Fayet,

le...../...../.....

Signature (faire précéder de la mention lu et approuvé)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX
Joindre impérativement la photocopie des vaccins.

Je soussigné(e), Mme, Mr
Certifie que mon enfant,
NomPrénom.....
Né le..... est à jour de toutes les vaccinations obligatoires.
L'enfant est-t-il actuellement en traitement médical ? oui non
Si oui lequel ?
.....
.....

En ce cas, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant est-t-il allergique ? oui non
Préciser la nature de l'allergie, la conduite à tenir en cas de problème.
.....
.....

Régime Alimentaire :

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT :

Docteur :tel :
Adresse.....
.....

AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX:

(à remplir par les parents)

Je soussigné(e)
Nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)
Adresse.....
Code postal.....Ville.....
tel portable.....tel domicile.....
tel travail.....
Adresse de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie.....
.....

Nom de la mutuelle.....N° contrat.....
Adresse.....

J'autorise l'administration d'Arnica sous forme de granules homéopathiques ou crème : oui non
Autorise les responsables de l'accueil de loisirs à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse ou tout autre affection grave, après consultation d'un praticien, au mineur :

Nom.....Prénom.....
Je m'engage à rembourser à l'accueil de loisirs l'intégralité des frais (médicaux et pharmaceutiques) avancés

AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE DU MINEUR:

Je soussigné(e).....Père, Mère, Tuteur,
Autorise Mme, MrN° tel :
.....N° tel :
.....N° tel.....
.....N° tel.....

à prendre en charge mon enfant en cas d'indisponibilité ou de retard.

Fait àle.....

Signature
(Précédée de la mention « lu et approuvé »)