

IDENTITE ENFANT

Nom : Prénom :
 Date de Naissance : Ecole : Classe :

IDENTITE DE LA FAMILLE

PARENT

Nom : Prénom :
 Adresse :
 Code Postal : Commune :
 Tel Portable : Tel travail :
 Profession* : Horaires fixes Horaires variables
*si changement de situation professionnelle merci d'en informer la direction
 Email :
 L'envoi des factures se fera via cette adresse mail
 Je consens à recevoir des informations (rappels inscriptions...) de la part de Familles Rurales via cette adresse mail.

PARENT

Nom : Prénom :
 Adresse : (Si différente ci-dessus)
 Code Postal : Commune :
 Tel Portable : Tel travail :
 Profession* : Horaires fixes Horaires variables
*si changement de situation professionnelle merci d'en informer la direction
 Email :
 Je consens à recevoir des informations (rappel inscriptions...) de la part de Familles Rurales via cette adresse mail.

SITUATION FAMILIALE

Marié/Pacsé Union Libre Divorcé/Séparé Célibataire Veuf(ve)
 Pour les familles séparées merci de nous indiquer le lieu où réside l'enfant :

QUOTIENT FAMILIAL (CAF, MSA...)

Merci de joindre votre attestation de QF. Sans ce document les familles se verront appliquer le tarif maximum.
 Je soussigné(e)
 autorise,
 n'autorise pas
 à visualiser mon QF sur le site de la CAF via la plateforme CAPD. Signature :
 N°allocataire :

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER MON ENFANT A L'ALSH

Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :
 Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :
 Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :
 Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :

AUTORISATIONS DEROULEMENT D'ACTIVITES

Mon enfant sait **nager** (fournir attestation de 25m) Oui Non
 J'autorise mon enfant (plus de 7 ans) à **partir seul** de l'ALSH après 17h00
 et en assume l'entière responsabilité Oui Non
 J'autorise l'association Familles Rurales à utiliser pour les besoins de
communication de l'ALSH des photos de mon enfant en activités Oui Non

REGIME ALIMENTAIRE

Repas sans Porc : Oui Non

Repas Végétarien : Oui Non

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Asthme : Oui Non

Allergies alimentaires : Oui Non

Si oui précisez les causes de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

Un PAI a t-il été mis en place ?

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

VACCINATIONS

Vaccination	Maladie	Noms des vaccins correspondants	Date de la dernière vaccination
DTPC	Diphtérie Tétanos Polio Coqueluche Haemophilus Influenzae type B	Infanrix Polio Infanrix Polio Hib Pentavac Pentacoq DT Polio
	Hépatite B	Genhevac B Engerix B HB VAX DNA Twinrix
ROR -	Rougeole - Oreillons - Rubéole	ROR
Pneumocoque		
Méningocoque C		

VOTRE ENFANT A T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES

RUBEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VARICELLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ANGINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RHUMATISME AURICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OTITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLONS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Etes vous allocataire de l'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) ?

AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

	Nom :	Prénom :	N° Tél :
1
2
3
4

Seuls les enfants accompagnés d'un adulte munis d'une décharge seront autorisés à sortir du centre de loisirs pendant les horaires d'ouverture (en cas de rendez-vous médical).

Monsieur ou Madame déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable en charge de votre enfant à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale et anesthésie etc...) rendues nécessaires par l'état de mon enfant :

.....

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs de Beaucouzé 2024 et m'engage à le respecter.

Fait à Le.....

Signature du parent :

Signature du parent :