

## FICHE FAMILIALE DE RENSEIGNEMENTS

### Accueil de loisirs

Année du 01/09/2021 au 31/08/2022

#### INFORMATIONS FAMILIALES ET ADMINISTRATIVES

IDENTITE DU PERE ou du tuteur légal (ou parent 1)	IDENTITE DE LA MERE ou de la tutrice légale (ou parent 2)	
Responsable légal : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Responsable légal : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Nom et Prénom : .....	Nom et Prénom : .....	
Date de naissance : .....	Date de naissance : .....	
Profession : .....	Profession : .....	
Adresse du domicile : .....	Adresse du domicile : (à compléter seulement si elle est différente de celle de l'autre parent)	
Tél. Fixe : .....	Tél. Fixe : .....	
Tél. Portable : .....	Tél. Portable : .....	
Tél. Professionnel : .....	Tél. Professionnel : .....	
Email : .....	Email : .....	
J'accepte de recevoir des informations de l'Accueil de Loisirs par mail : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	J'accepte de recevoir des informations de l'Accueil de Loisirs par mail : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<b>Pour les associations :</b> <b>Adhérent : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></b> Familles Rurales Association de : .....		
<b>Situation des parents :</b> (entourer la mention utile) Célibataire - Vie maritale - Pacsés - Mariés - Séparés - Divorcés – Veuf		
<b>Facturation : les factures sont dématérialisées depuis le 01/09/2018</b> <input type="checkbox"/> Les factures sont adressées par mail à l'adresse : ..... Deuxième adresse mail si paiement séparé : .....		
<b>Destinataire des factures (à remplir si nécessaire) :</b>		
	Parent 1 -	Parent 2 -
Periscolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extrascolaire (vac.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine Paire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine Impaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations complémentaires : .....		

**L'organisme de tutelle est destinataire des factures : joindre une attestation de prise en charge**

Si oui : Nom de l'organisme .....

Adresse de l'organisme : .....

Nom et prénom de la personne référente au dossier : .....

Coordonnées de la personne référente : .....

**REGIME DE SECURITE SOCIALE**

☐ Régime général (CAF)

J'autorise Familles Rurales à consulter le site de CAF Pro qui permet de connaître mon quotient familial

☐ Oui, numéro d'allocataire CAF (**obligatoire**) .....

☐ Non, dans ce cas le tarif le plus élevé sera appliqué.

☐ Régime spécifique (MSA, SNCF...)

Nous fournir une attestation de quotient familial, à défaut le tarif le plus élevé sera appliqué.

Numéro allocataire MSA : (**obligatoire**) .....

**ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE**

Joindre une attestation mentionnant les noms et prénoms des enfants assurés.

**ENGAGEMENTS DES PARENTS**

- ✓ Je m'engage à transmettre à l'association, les éventuels changements d'adresses, de coordonnées téléphoniques concernant les parents et les personnes à contacter.
- ✓ Je m'engage à régler l'intégralité des frais dus au titre de l'accueil collectif de mineurs.
- ✓ Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.
- ✓ Je m'engage à prendre connaissance du règlement intérieur et à le respecter (remis en version papier, disponible sur le site internet de la structure.)

Fait à : .....

Le : .....

Signature du père (tuteur légal ou parent 1)  
Précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature de la mère (tutrice légale ou parent 2)  
Précédée de la mention « lu et approuvé »

Les données collectées ont pour but l'organisation et la gestion de l'Accueil de loisirs (ou du séjour). Elles ne sont en aucun cas transmises à des tiers. Conformément à la loi « Informatique et libertés » n° 78-17 du 06-01-78, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition des données vous concernant.

## FICHE INDIVIDUELLE ENFANT DE RENSEIGNEMENTS

### Accueil de loisirs

Année du 01/09/2020 au 31/08/2021

#### IDENTITE DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : F – M  
Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : ..... Age : .....  
Ecole fréquentée : ..... Classe : .....  
**Nom, Prénom du Père, Tuteur légal ou Parent 1 :** .....  
Tél fixe : ..... Tél portable : ..... Tél professionnel : .....  
**Nom, Prénom de la Mère, Tutrice légale ou Parent 2 :** .....  
Tél fixe : ..... Tél portable : ..... Tél professionnel : .....

#### Personnes à contacter et/ou autorisées à venir chercher l'enfant en cas d'urgence ou d'indisponibilité des parents (Présentation d'une pièce d'identité)

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... Tél : .....  
Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... Tél : .....  
Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... Tél : .....  
Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... Tél : .....

#### INFORMATIONS MEDICALES

**P.A.I** (Protocole d'Accueil Individualisé) : ☐ Oui (si déjà rédigé, nous le fournir.)  
☐ Non

#### Médecin traitant :

Nom : ..... Tél. du cabinet : .....  
Adresse : .....

#### Vaccinations :

Fournir une photocopie des vaccinations de l'enfant inscrites sur le carnet de santé.  
Si le mineur n'a pas eu les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

#### Renseignements concernant le mineur : (Informations nécessaires en cas d'urgence)

Poids : ..... Taille : .....  
Suit-il un traitement médical ☐ Oui ☐ Non  
Si oui, reportez-vous au règlement intérieur : Article 10 – Santé.

#### Allergies :

Alimentaires : ☐ Oui ☐ Non  
Médicamenteuses : ☐ Oui ☐ Non  
Autres : ☐ Oui ☐ Non

**En cas de réponse positive, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.**

#### Problèmes médicaux particuliers :

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? ☐ Oui ☐ Non  
Lesquels ?  
.....  
.....  
.....

**CHOIX ALIMENTAIRES :**Sans Porc : ☐ Oui ☐ NonVégétarien : ☐ Oui ☐ Non**INFORMATIONS SPORTIVES :**Mon enfant sait nager : ☐ Oui ☐ NonMon enfant sait faire du vélo : ☐ Oui ☐ Non**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, ...

.....

.....

.....

**AUTORISATIONS PARENTALES :****\* Il convient de rayer les lignes si refus**

Je soussigné ....., déclare avoir le plein exercice de l'autorité parentale et :

- Autorise l'équipe d'encadrement de l'Accueil de loisirs/du séjour à prendre toutes les dispositions utiles, en cas d'urgence, en vue de la mise en œuvre pour mon enfant des traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s'imposer. \*

- Autorise seulement les personnes habilitées (mentionnées ci-dessus) à venir chercher mon enfant à l'Accueil de loisirs. \*

- Autorise mon enfant (à partir du CP) à rentrer seul à son domicile à partir de .....h..... \*

En cas de changement d'horaire, le Parent doit se présenter auprès du directeur pour modifier et signer cette fiche.

**Droit à l'image :**

Autorise Familles Rurales à reproduire et à diffuser les photographies et/ou vidéos réalisées par Familles Rurales de ma personne ou de celle de mon enfant ; pour les usages internes tels que : site internet et/ou page Facebook de la structure, presse locale, documents d'informations et affichages au sein de la structure.

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de ces photos/vidéos ne porteront pas atteinte à ma réputation ou à ma vie privée, ou à celle de mon enfant.

☐ Oui ☐ Non

**Transport :**

Autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par l'accueil de loisirs comprenant du transport (bus avec chauffeur, minibus, et exceptionnellement voitures particulières.)

☐ Oui ☐ Non

Fait à : ..... Le : .....

Signature du père (tuteur légal ou parent 1)  
Précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature de la mère (tutrice légale ou parent 2)  
Précédée de la mention « lu et approuvé »

*Les données collectées ont pour but l'organisation et la gestion de l'Accueil de loisirs (ou du séjour). Elles ne sont en aucun cas transmises à des tiers. Conformément à la loi « Informatique et libertés » n° 78-17 du 06-01-78, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition des données vous concernant.*

## FICHE MEDICALE DE RENSEIGNEMENTS ENFANTS

**Accueil de loisirs**  
**Année du 01/01/2021 au 31/08/2022**

### IDENTITE DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : ☐ F ☐ M

Date de naissance : ..... / ..... / .....

### Médecin traitant :

Nom : ..... Tél. du cabinet : .....

Adresse : .....

### Vaccinations :

Fournir une photocopie des vaccinations de l'enfant inscrites sur le carnet de santé.

Si le mineur n'a pas eu les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

### Renseignements concernant le mineur : (Informations nécessaires en cas d'urgence)

Poids : .....

Taille : .....

Suit-il un traitement médical ☐ Oui ☐ Non (Si oui, reportez-vous au règlement intérieur : Article 10 – Santé.)

### INFORMATIONS MEDICALES

**P.A.I** (Protocole d'Accueil Individualisé) :

☐ Oui (si déjà rédigé, nous le fournir.)

☐ Non

### Allergies :

Alimentaires : ☐ Oui ☐ Non

Médicamenteuses : ☐ Oui ☐ Non

Autres : ☐ Oui ☐ Non



En cas de réponse positive, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

### Problèmes médicaux particuliers :

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? ☐ Non ☐ Oui. Si oui, lesquels : (ajouter au dos si nécessaire)

.....  
.....

### INFORMATIONS SPORTIVES :

Mon enfant sait nager : ☐ Oui ☐ Non

Mon enfant sait faire du vélo : ☐ Oui ☐ Non

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, ... :

.....  
.....  
.....

### AUTORISATIONS PARENTALES (\*rayer les mentions inutiles) :

Je soussigné ....., déclare avoir le plein exercice de l'autorité parentale et :

- ✓ Autorise l'équipe d'encadrement de l'Accueil de loisirs/du séjour à prendre toutes les dispositions utiles, en cas d'urgence, en vue de la mise en œuvre pour mon enfant des traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s'imposer\*.
- ✓ Autorise mon enfant (à partir du CP) à rentrer seul à son domicile à partir de .....h.....\*. En cas de changement d'horaire, le Parent doit se présenter auprès du directeur pour modifier et signer cette fiche.
- ✓ Dégage l'association de toute responsabilité en cas de vol ou de pertes d'objets de valeurs.

Fait à : ..... Le : .....

Signature du père (tuteur légal ou parent 1)

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature de la mère (tutrice légale ou parent 2)

Précédée de la mention « lu et approuvé »