

## **FICHE FAMILIALE DE RENSEIGNEMENTS**

## **Accueil de loisirs**

Année du 01/09/2021 au 31/08/2022

#### **INFORMATIONS FAMILIALES ET ADMINISTRATIVES**

<b>IDENTITE DU PERE ou du tuteur légal (ou parent 1)</b>	<b>IDENTITE DE LA MERE ou de la tutrice légale (ou parent 2)</b>
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 : ( <i>à compléter seulement si elle est différente de celle de l'autre parent</i> )
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"/>

#### **Pour les associations :**

**Adhérent : Non**  **Oui**  Familles Rurales Association de : .....

**Situation des parents :** (entourer la mention utile)

Célibataire - Vie maritale - Pacsés - Mariés - Séparés - Divorcés – Veuf

**Facturation : les factures sont dématérialisées depuis le 01/09/2018**

□ Les factures sont adressées par mail à l'adresse :

Deuxième adresse mail si paiement séparé :

**Destinataire des factures (à remplir si nécessaire) :**

**Destinataire des factures (à remplir si nécessaire) :** Parent 1 - \_\_\_\_\_ Parent 2 - \_\_\_\_\_

Fauret 1

*Periscolaire*  *Extracolaire (vac.)* 

## *Extrascolare (vul.)*

### *Parent 1 -*

### *Parent 2 -*

## *Periscolaire*

1

4

## *Extrascolaire (vac.)*

4

4

## *Semaine Paire*

4

1

Semaine Impaire

**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*)

.....  
.....

<b>INFORMATIONS SPORTIVES :</b>	<b>RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :</b>
Mon enfant sait nager : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Port de lunettes, appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, ... : ..... .....
Mon enfant sait faire du vélo : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	.....

### **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 »