

FICHE FAMILIALE DE RENSEIGNEMENTS

Accueil de loisirs

Année du 01/09/20... au 31/08/20...

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"/> Nom et Prénom : Date de naissance : Profession : Adresse du domicile : Tél. Fixe : Tél. Portable : Tél. Professionnel : Email : J'accepte de recevoir des informations de l'Accueil de Loisirs par mail : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Responsable légal : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nom et Prénom : Date de naissance : Profession : Adresse du domicile : <i>(à compléter seulement si elle est différente de celle de l'autre parent)</i> Tél. Fixe : Tél. Portable : Tél. Professionnel : Email : 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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Les factures sont adressées par mail à l'adresse : Deuxième adresse mail si paiement séparé :																
Destinataire des factures (à remplir si nécessaire) : <table style="width:100%; border:none;"> <thead> <tr> <th style="width:60%;"></th> <th style="width:20%; text-align:center;">Parent 1 -</th> <th style="width:20%; text-align:center;">Parent 2 -</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Periscolaire</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Extrascolaire (vac.)</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Semaine Paire</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Semaine Impaire</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> Informations complémentaires :			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"/>
	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"/>														

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 01/09/20.. au 31/08/20..

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 Non

Végétarien : Oui Non

INFORMATIONS SPORTIVES :

Mon enfant sait nager : Oui Non

Mon 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 deh..... *

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 01/01/20.. au 31/08/20..

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 deh.....*. 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 »