

**FICHE FAMILIALE DE RENSEIGNEMENTS**

**Accueil de loisirs**

**Année** **du 01/01/2021 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 ❑ Non ❑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 ❑ Non ❑ | Responsable légal : Oui ❑ Non ❑Nom et Prénom :……………………………………………………………………..…….…………..Date de naissance : ………………………………………………………….Profession : ………………………………………………………………………………………..Adresse du domicile : *(à compléter seulement si elle est différente de celle de l’autre parent)*……………………………………………………………………….……………….……………………………………………………………………….……………….Tél. Fixe : ………………………………………………………………………………………Tél. Portable : ………………………………………………………………………………………Tél. Professionnel : …………………………………………………..…………………………………Email : ………………………………………………………………………………….J’accepte de recevoir des informations de l’Accueil de Loisirs par mail : Oui ❑ Non ❑ |
| **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) :*** *Parent 1 - Parent 2 -**Periscolaire ❑ ❑* *Extrascolaire (vac.) ❑ ❑* *Semaine Paire ❑ ❑* *Semaine Impaire ❑ ❑* *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) Signature de la mère (tutrice légale ou parent 2)

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

Précédée de la mention « lu et approuvé » 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

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

Médicamenteuses : ☐ Oui ☐ Non

Autres : ☐ Oui ☐ Non

**Problèmes médicaux particuliers :**

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

…………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMATIONS SPORTIVES :**Mon enfant sait nager : ❑ Oui ❑ NonMon 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) Signature de la mère (tutrice légale ou parent 2)

Précédée de la mention « lu et approuvé » 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.*