

FICHE DE RENSEIGNEMENTS Accueil de loisirs de Rémy

Photo

I- L'enfant

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance : le ____/____/____ à

II- Les parents

Situation familiale : Mariés ou vie maritale Séparés/Divorcés(*) Famille d'accueil
 Veuf/ve Famille monoparentale

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

Tél dom :

Tél dom :

Tél port :

Tél port :

Tél pro :

Tél pro :

Profession :

Profession :

Employeur :

Employeur :

Autorité parentale : Oui Non

Autorité parentale : Oui Non

III- Renseignements généraux

Compagnie d'assurance Responsabilité Civile :

N° de police d'assurance :

N° allocataire CAF (obligatoire) :

N° allocataire MSA, le cas échéant :

(*) Les prestations familiales sont-elles : perçues uniquement par la mère partagées

perçues uniquement par le père

DOCUMENTS OBLIGATOIRES A FOURNIR :

- Attestation d'assurance extra scolaire et responsabilité civile
- Certificat médical de vaccinations et d'aptitude à la vie en collectivité
- Photocopie attestation CPAM
- Photocopie avis d'imposition (si pas de n° d'allocataire CAF)

AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné(e) M. Mme

Demeurant

Responsable de l'enfant

- **Autorise mon enfant à participer aux sorties à la piscine et à se baigner, sous surveillance**

Oui

Non

- **Autorise mon enfant à quitter le centre de loisirs avec les personnes mentionnées ci-dessous.**

Nom	Prénom	N° de téléphone	Lien avec l'enfant

- **Autorise mon enfant à quitter le centre de loisirs seul :**

Oui

Non

Je décharge le responsable de l'association ainsi que l'équipe pédagogique de toute responsabilité dès le départ de l'enfant.

- **Autorise à ce que mon enfant soit transporté :**

o En transport collectif (car, train)

Oui

Non

o En voiture

Oui

Non

- **Autorise le personnel de l'accueil de loisirs à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant**

o Transfert aux urgences

Oui

Non

Je décharge la direction de l'ALSH de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.

- **Autorise le responsable de l'ALSH à :**

o Administrer à mon enfant, sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant, suivant le double de l'ordonnance : Oui Non

o Administrer des granulés homéopathiques, en cas de chute Oui Non

Date :

Signature du responsable

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom et n° de téléphone du médecin traitant :

.....

Groupe sanguin de l'enfant (si connu) :

ALLERGIES

Type	Oui	Non	Allergène, conduites à tenir et commentaires
Asthme			
Alimentaires			
Médicamenteuses			
Autres			

Recommandations particulières des parents (lunettes, prothèses, handicap, pathologie particulière,...)

Je, soussigné(e) responsable de l'enfant.....

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature du responsable

DROIT A L'IMAGE

Je, soussigné(e) M. Mme

Demeurant

Responsable de l'enfant

• Autorise que mon enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par :

- **L'accueil de loisirs (journal de bord, affiches, activités manuelles, ...)**
 Oui Non
- **L'association Familles Rurales de Rémy (plaquette de l'association, ...)**
 Oui Non
- **La presse locale**
 Oui Non
- **Le site Internet de l'Association**
 Oui Non

Date :

Signature du responsable