

FICHE DE RENSEIGNEMENTS/ FICHE SANITAIRE 2022-2023

A retourner au secrétariat des associations, 615 rue saint Laurent ou par mail :

enfance.urville@famillesrurales.org

OBLIGATOIRE : photocopie du carnet de vaccination et une attestation d'assurance 2022-2023

➤ Etat civil de l'enfant et vaccination

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : ☐ M ☐ F

ECOLE :

CLASSE :

➤ Etat Civil des représentants légaux :

	Représentant 1 de l'enfant	Représentant 2 de l'enfant	Autre
Titulaire de l'autorité parentale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <i>(En cas de décision de justice limitant l'autorité parentale, joindre la copie de l'acte)</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <i>(En cas de décision de justice limitant l'autorité parentale, joindre la copie de l'acte)</i>	
Civilité	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Nom			
Prénom			
Adresse	Adresse : Code Postal : Ville :	Adresse : Code Postal : Ville :	Adresse : Code Postal : Ville :
Adresse mail			
Téléphone domicile			
Téléphone portable			
Téléphone professionnel			

➤ Autres renseignements :

Nom et allocataire CAF (de rattachement de l'enfant, Merci de Joindre l'attestation CAF)			
Carte loisirs Caf (carte A ou B, joindre le justificatif)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autre. Précisez (EDF, SNCF, MSA...) n°allocataire			
Assurance (joindre obligatoirement une attestation)	Date de validité : .../.../...	Date de validité : .../.../...	Date de validité : .../.../...
Personne à Facturer <i>(Si garde alternée merci de remplir le calendrier)</i>	Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>

➤ Renseignements médicaux concernant l'enfant :

Votre enfant a-t-il une allergie, une maladie chronique ou nécessite-t-il une prise en charge particulière ?
 Oui ☐ Non ☐

Si oui, merci de donner des précisions :

Un Projet d'Accueil Individuel (P.A.I.) a-t-il été établi ? Oui ☐ Non ☐ (*joindre le protocole et toutes les informations utiles*)

Recommandations utiles pour la santé de votre enfant et/ou informations complémentaires :

.....

Attention : aucun traitement médical ne pourra être donné à l'enfant sans ordonnance récente.

➤ Personne(s) à contacter en cas d'urgence et/ou autorisé(es) à récupérer l'enfant :

	Contact 1	Contact 2	Contact 3	Contact 4
Nom et Prénom				
Lien avec l'enfant				
Téléphone domicile				
Téléphone portable				
A appeler en cas d'urgence	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autorisé(e) à récupérer l'enfant	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

➤ Autorisations parentales :

Nous soussignés Monsieur et/ou Madame.....

☐Autorisons/ ☐N'autorisons pas l'hospitalisation et l'anesthésie de notre enfant si nécessaire ; ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

☐Autorisons/ ☐N'autorisons pas notre enfant à repartir seul ;

☐Autorisons/ ☐N'autorisons pas notre enfant à participer aux activités physiques et sportives ;

☐Autorisons/ ☐N'autorisons pas notre enfant à participer aux baignades surveillées ;

☐Autorisons/ ☐N'autorisons pas de transport en véhicule de service et car de location.

☐Autorisons/ ☐N'autorisons pas Familles Rurales à recueillir des informations me concernant auprès de la Caisse d'allocation Familiales, dont mes ressources, afin de vérifier mon éligibilité aux tarifications (**dans le cas d'un refus de votre part, le tarif le plus haut vous sera appliqué**) ;

☐Autorisons/ ☐N'autorisons pas Familles Rurales à prendre et diffuser l'image de mon enfant afin de promouvoir ses activités dans ses locaux.

☐Autorisons/ ☐N'autorisons pas Familles Rurales à prendre et à utiliser l'image de mon enfant afin de promouvoir ses activités en dehors des locaux, (site Facebook de l'association, journaux, prospectus, ...)

☐Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur 2022.2023 de l'Accueil de loisirs et m'engage, sans réserve à le respecter.

Fait à, le

Signature du/des responsable(s) légaux :

La signature de cette fiche implique que vous déclarez exacts les renseignements portés sur ce document, mais aussi que vous avez pris connaissance et accepté le Règlement Intérieur et le Gestionnaire.

L'inscription de l'enfant ne sera prise en compte que si le dossier est complet.