

Fiche de Renseignements

Accueil de loisirs Les P'tits Roc 'Cœurs - Année 2022

L'enfant

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : F - M

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

☐ CAF ☐ MSA Autre (précisez) : _____ N° allocataire CAF ou MSA : _____

Pour les ressortissants MSA, joindre une copie votre attestation de Quotient Familial.

Sa famille

IDENTITE DU PARENT 1 ou tuteur légal	IDENTITE DU PARENT 2 ou tuteur légal
Nom et Prénom :	Nom et Prénom :
Profession :	Profession :
Adresse du domicile :	Adresse du domicile : (à compléter seulement si elle est différente de celle de l'autre parent)
Tél. Fixe : ____ / ____ / ____ Tel portable : ____ / ____ / ____ Tel pro : ____ / ____ / ____	Tél. Fixe : ____ / ____ / ____ Tel portable : ____ / ____ / ____ Tel pro : ____ / ____ / ____
Email :	Email :
Situation du parent 1 ou tuteur légal : <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e)s <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e)	Situation du parent 2 ou tuteur légal : <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e)s <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e)

Autorité parentale : ☐ conjointe ☐ parent 1 ☐ parent 2

Facturation :

Les factures sont adressées : ☐ Parent 1 ☐ Parent 2 ☐ Au tuteur légal

Pièce à joindre à la fiche d'inscription :

- ☐ Fiche sanitaire de liaison
- ☐ Règlement intérieur signé
- ☐ Une attestation d'assurance au titre de la responsabilité civile (au nom de l'enfant)
- ☐ Attestation du Quotient Familial pour les ressortissants MSA

AUTORISATIONS

Je, soussigné(e), déclare avoir le plein exercice de l'autorité parentale et :
(Rayer en cas de désaccord)

Certifie exactes les informations fournies dans cette fiche d'inscription

M'engage à compléter la fiche sanitaire de liaison et n'omettre aucune information importante

Certifie avoir souscrit pour mon enfant une assurance responsabilité civile couvrant toute la période du séjour

☐ Autorise mon fils/ma fille _____ à participer aux activités proposées par l'association Familles Rurales du Roc St André

☐ Autorise l'équipe d'encadrement 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 voyager dans le cadre des activités, en transport collectif et/ou voiture individuelle.

☐ Autorise seulement les personnes habilitées (mentionnées ci-dessous) à venir chercher mon enfant sur le lieu du séjour :

-
-

ET/OU

☐ Autorise mon enfant à venir et rentrer seul des activités

☐ Je n'autorise pas mon enfant à venir et rentrer seul des activités

☐ 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 : dans les journaux de Familles Rurales, ses supports vidéos, les illustrations de ses documents d'information, les illustrations de son site Internet, les insertions dans sa page Facebook mais également sur nos catalogues et nos autres supports publicitaires (site internet, mailing...) pour une durée de 10 ans.

☐ Je n'autorise pas 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.

Fait à Val d'Oust Le :

Signature des parents

Précédée de la mention « lu et approuvé »

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant : Date de naissance :
Nom et prénom des parents : Téléphone :

P.A.I (Protocole d'Accueil Individualisé) : ☐ Oui ☐ Non

Médecin traitant :

Nom : Tél. du cabinet :

Adresse :

Vaccinations :

**Fournir une photocopie des vaccinations de l'enfant inscrites sur le carnet de santé de l'enfant.
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, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Allergies :

Alimentaires : ☐ Oui ☐ Non :

Médicamenteuses : ☐ Oui ☐ Non :

Autres (même occasionnelles) : ☐ 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 ?

.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie, ...

.....
.....
.....

INFORMATIONS SPORTIVES : Mon enfant sait nager : ☐ Oui ☐ Non

Date :

Signature des parents :