



# ACCUEIL DE LOISIRS MUNICIPAL de St Médard sur Ille

## FICHE DE RENSEIGNEMENT

Mercredi et vacances

2018/2019

important : Une fiche par enfant

### L'ENFANT

✓ Nom : .....

✓ Prénom : .....

✓ Sexe :                    Masculin           Féminin

✓ Date de Naissance : ...../...../.....            ✓ Lieu de Naissance : .....

✓ Département : ....

✓ Ecole : .....            ✓ Classe : .....

✓ Compagnie d'assurance scolaire actuelle : ... ..

N° de contrat : .....

## RESPONSABLES LEGAUX

### • Père de l'enfant (ou tuteur avec copie de jugement obligatoire)

√ Nom : ..... √ Prénom : .....

√ Date de Naissance : ...../...../..... √ Lieu de Naissance : .....

√ Marié Vie maritale Pacsé Célibataire Séparé Divorcé Veuf

√ Adresse :  
.....  
.....

√ Code Postal : ..... √ Ville : .....

√ Tél. Fixe : ..... √ Mobile : .....

√ E-mail : .....

√ Profession : ..... √ Employeur : .....

### • Mère de l'enfant (ou tutrice avec copie de jugement obligatoire)

√ Nom : ..... √ Prénom : .....

√ Date de Naissance : ...../...../..... √ Lieu de Naissance : .....

√ Marié Vie maritale Pacsé Célibataire Séparé Divorcé Veuf

√ Adresse :  
.....  
.....

√ Code Postal : ..... √ Ville : .....

√ Tél. Fixe : ..... √ Mobile : .....

√ E-mail : .....

√ Profession : ..... √ Employeur : .....

### EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION

√ Je m'engage à signaler tout changement susceptible d'intéresser l'équipe d'animation pouvant modifier son comportement au sein du groupe (Divorce, séparation, décès, garde d'un parent...).

√ Je m'engage à tenir à jour cette fiche de renseignements. Je signalerais par écrit la (les) modifications(s) éventuelle(s) auprès du responsable de l'accueil de loisirs.

En l'absence d'information officielle, les deux parents restent les responsables légaux sans restriction.

## AUTORISATIONS

Je soussigné (e)....., en ma qualité de responsable légal :

- Je soussigné ..... responsable légal de..... autorise une tierce personne à prendre en charge l'enfant (autre que les responsables légaux)

Noms :	Prénoms :	Liens avec l'enfant:	Téléphones fixes :	Téléphones mobiles :

- Personnes à contacter en cas d'urgence :

Noms :	Prénoms :	Liens avec l'enfant:	Téléphones fixes :	Téléphones mobiles :

- Je soussigné ..... responsable légal de..... autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs . Il pourra se rendre sur différents sites, quel que soit le moyen de transport, accompagné par l'équipe encadrante.

- Je soussigné ..... responsable légal de..... autorise la responsable de l'ALSH de St Médard sur Ille , à prendre les dispositions nécessaires en cas d'urgence(Hospitalisation, soins médicaux...)

Nom du médecin de famille : .....

N° de téléphone : .....

Si vous préférez une hospitalisation dans un établissement particulier :

Nom :..... N° de téléphone : .....

Adresse.....

- Je soussigné ..... responsable légal de..... autorise la responsable de l'ALSH de St Médard sur Ille à reproduire ou présenter la ou les photographies et/ou vidéos prises dans le cadre d'activités et/ou de sorties et représentant mon enfant :

- Pour la publication dans une revue, un journal ou un ouvrage,
- Pour la publication sur une affiche, une plaquette,
- Pour présentation en public lors d'une exposition.

ALLOCATIONS FAMILIALES (OBLIGATOIRE)

√ N° d'allocataire : .....

Régime des enfants :

CAF      MSA      Caisse Maritime      Autres

En cas de non connaissance de votre quotient familial le tarif le plus élevé vous sera facturé.

ADRESSE DE FACTURATION : .....

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs et m'engage à le respecter.

Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts.

SAINT-MEDARD-SUR-ILLE, le ...../...../.....

Signature(s) obligatoire(s) :

## FICHE SANITAIRE de LIAISON

### Document confidentiel

**NOM DU MINEUR :** .....

**PRENOM :** .....

**DATE DE NAISSANCE :** ..... **SEXE :**     M             F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour du mineur (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles) ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

#### 1) VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	Oui	Non			
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-reillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

**SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE- INDICATION.**

#### 2) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : Taille :

(informations nécessaires en cas d'urgence)

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**).

