



FICHE FAMILIALE DE RENSEIGNEMENTS

Accueil Collectif de Mineurs
La Maison Enfantine



ATTENTION ! Cette fiche ne fait pas office d'inscription.

Des coupons d'inscription seront à remplir pour les mercredis et pour chaque période de vacances.

Si la capacité d'accueil autorisé par la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et la PMI est atteinte, toute nouvelle inscription sera mise sur liste d'attente.

• RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ENFANTS

Si votre enfant bénéficie de l'allocation AEEH (allocation d'éducation de l'enfant handicapé) merci de bien vouloir cocher la case :

NOM	PRENOM	DATE de NAISSANCE	AGE	FILLE	GARÇON	CLASSE (en sept.2019)	AEEH

• RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX REPRESENTANTS LEGAUX

REPRESENTANT LEGAL 1 (se désigne comme payeur et destinataire des factures)	REPRESENTANT LEGAL 2
NOM	NOM
PRENOM	PRENOM
ADRESSE	ADRESSE (si différente).....
.....
TEL DOMICILE/...../...../...../.....	TEL DOMICILE/...../...../...../.....
TEL PORTABLE...../...../...../...../.....	TEL PORTABLE...../...../...../...../.....
Adresse mail :@.....	Adresse mail :@.....
PROFESSION	PROFESSION
TEL EMPLOYEUR/...../...../...../.....	TEL EMPLOYEUR/...../...../...../.....

Situation familiale (rayer les mentions inutiles) : Marié – Divorcé – Séparé – Pacsé – Vie maritale - Célibataire

• REGIME DE COUVERTURE SOCIALE (*)

Régime général CAF Régime général MSA Autre Régime (Préciser)

Pour calculer le tarif je communique mon N° d'allocataire CAF ou MSA

A défaut, le tarif maximum sera appliqué.

• AUTORISATION DE SORTIE (*)

Je, soussigné(e) agissant en tant que : père mère tuteur

autorise mon (mes) enfant(s) à partir seul de l'accueil de loisirs àh.....

autorise mon (mes) enfant(s) à participer aux sorties organisées pendant les heures d'accueil de loisirs

autorise mon (mes) enfant(s) à repartir avec les personnes suivantes :

NOM	PRENOM	LIEN AVEC L'ENFANT	N° TELEPHONE

Vous pouvez à tout moment modifier cette liste. L'enfant ne sera pas confié à une personne autre que celle figurant sur cette liste, à moins que les parents n'aient rédigé une autorisation écrite.

• **DROIT A L'IMAGE** (*)

Durant l'année, il est possible que votre enfant, seul ou en groupe, soit pris en photo.

- A des fins pédagogiques et internes au centre de loisirs (affichage couloir, journal du centre pour les familles).
 - o Autorisez-vous cette prise de vue : Oui Non
- A l'occasion de reportages et dans le cadre de la promotion de nos activités (Facebook, journal de la commune)
 - o Autorisez-vous cette prise de vue : Oui Non

Je, soussigné(e)..... responsable légal(e) de (des) l'enfant nommé(s) ci-dessus :

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, notamment l'adresse de mon domicile et m'engage à signaler tout changement dans ces renseignements qui interviendrait au cours de l'année

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et financier de la Maison Enfantine, en avoir reçu un exemplaire et m'engage à le respecter.

(*) *Cocher la case correspondante*

Fait à Le

Signature

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER :

ATTENTION !!!

Le dossier d'inscription est obligatoire et doit être complet dès le premier jour d'accueil de l'enfant.

En l'absence des **pièces indispensables** au dossier (liste ci-dessous),
l'enfant ne sera pas accueilli.

- € le dossier de renseignements ci-joint complété lisiblement et signé
- € la fiche sanitaire de liaison (une par enfant)
- € une copie des vaccins obligatoires (copie possible en Mairie)
- € une attestation d'assurance couvrant les risques extrascolaires

FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de votre enfant.

Elle le suit dans tous ses déplacements avec l'accueil de loisirs. Elle est donc INDISPENSABLE et propre à l'enfant

NOM de l'enfant Prénom :
Date de naissance : Garçon Fille
Numéro Sécurité Sociale sous lequel l'enfant est déclaré :
Nom du médecin traitant : Tel :
Responsable de l'enfant à prévenir : Tel :

VACCINATIONS :

Vaccinations Obligatoires	oui	non	Vaccinations recommandées	oui	non
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole-Oreillons-Rougeole		
Poliomyélite			Coqueluche		
Ou DT POLIO			BCG		
Ou TETRACOQ					

} Copie du carnet
de santé
à joindre

SI L'ENFANT N'A PAS DE VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole : Oui Non Rougeole : Oui Non Oreillons : Oui Non Asthme : Oui Non
Varicelle : Oui Non Coqueluche : Oui Non Scarlatine : Oui Non

A-t-il des allergies ? Oui Non

⇒ Si oui précisez la **cause de l'allergie** et la conduite à tenir (joindre un certificat médical ou la copie du PAI)

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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**)

L'enfant a-t-il des **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, handicap)

⇒ Si oui préciser éventuellement les dates et les **précautions à prendre**.

Autres informations utiles : Précisez si l'enfant : porte des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires et les recommandations utiles ; si il a un **régime alimentaire** particulier ; autre...

AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

En cas de maladie ou d'accident, nous nous efforçons de prévenir la famille le plus rapidement possible par téléphone. **Si nous ne parvenons pas à vous joindre**, merci de nous indiquer le nom d'un tiers (ami, voisin, famille,...) à prévenir et/ou susceptible de vous joindre.

1/Nom : Qualité : Tél :
2/Nom : Qualité : Tél :
3/Nom : Qualité : Tél :

En cas d'accident, il sera fait appel au moyens de secours les plus adaptés et les parents seront avisés. Si nécessaire, l'enfant sera dirigé vers le centre hospitalier le plus proche.

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait le : Signature :