



JOINDRE LES PHOTOCOPIES DES VACCINS AVEC NOM PRENOM ET DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM de l'enfant: Prénom: Age :.....
 Date de naissance: /..... /..... Sexe : FILLE GARCON Nationalité:
 Adresse:
 Handicap : OUI NON Votre enfant a-t-il des besoins particuliers ?
 Scolarisé OUI NON
 Ecole fréquentée :.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

mère belle-mère tutrice famille d'accueil père beau-père tuteur famille d'accueil
 Autorité parentale : MERE PERE

mère belle-mère tutrice famille d'accueil père beau-père tuteur famille d'accueil
 Autorité parentale : MERE PERE

NOM :
 PRENOM :
 Date de naissance : lieu de naissance.....
 Adresse :
 Adresse MAIL:.....
 Tél DOMICILE :
 PORTABLE :
 TRAVAIL :
 N°Sécurité social :
 N°Caf(allocataire) :
 Quotient familial CAF :
 Profession :

Situation de famille : marié(e) pacsé(e) union libre divorcé(e) séparé(e) célibataire veuf(ve)
 Frère(s) / Sœurs

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

MEDECIN TRAITANT :

NOM.....Téléphone :.....
 Adresse :
 L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? OUI NON
 Lequel ?.....

VACCINATIONS : joindre les photocopies avec nom, prénom et date de naissance de l'enfant

LUNETTES DE VUE PROTHESES AUDITIVES, DENTAIRES....

ANTECEDENTS MEDICAUX : (hospitalisations, problèmes de santé, contres indications à un sport etc.....)

ALLERGIES : ALIMENTAIRES MEDICAMENTS ASTHME

RECOMMANDATIONS :

REGIME ALIMENTAIRE :

Tous types de repas Sans porc Sans viandes
 Protocole Accueil Individuel (photocopies du PAI à joindre avec le dossier)

ALLERGIES ALIMENTAIRES (à préciser) :

AUTORISATIONS :

- Autorise N'autorise pas → La direction à consulter notre dossier allocataire CDAP ou CAFPRO
- Autorise N'autorise pas → Le personnel à sortir l'enfant de l'enceinte de la structure et à transporter ou à faire transporter l'enfant dans les véhicules de l'établissement dans le cadre des sorties en groupe
- Autorise N'autorise pas → Le personnel à photographier ou filmer l'enfant dans la mesure où les films et images ne seront utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement
- Autorise N'autorise pas → L'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident impliquant l'enfant (SAMU, pompiers, hospitalisation, anesthésie)
- Autorise N'autorise pas → Le personnel à administrer à l'enfant les éventuelles médications prescrites par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance ou sur présentation d'une ordonnance fournie par mes soins.
- Autorise N'autorise pas → En tant que responsable légal, l'enfant à rentrer seul après les activités à (préciser l'horaire de sortie).....

Si pas autorisé, répertoriez dans le tableau ci-dessous les adultes autorisés à venir chercher l'enfant :

NOM Prénom	Téléphone	Lien de parenté avec l'enfant

En signant ce document, je m'engage à respecter le règlement intérieur de l'accueil de loisirs et à signaler tous changements de situations : familiale, de domicile, de numéros de téléphones etc.....

Date : « Lu et Approuvé » Signature (nom et prénom du représentant légal de l'enfant)