

PHOTO
Format
Identité

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:..... CP : Ville :.....
 Handicap : OUI NON Votre enfant a-t-il des besoins particuliers ?.....
 Scolarisé OUI NON Ecole fréquentée :..... Classe :.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

<input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> belle-mère <input type="checkbox"/> tutrice <input type="checkbox"/> famille d'accueil	<input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> belle-mère <input type="checkbox"/> tutrice <input type="checkbox"/> famille d'accueil
<input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> beau-père <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/> famille d'accueil	<input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> beau-père <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/> famille d'accueil
Autorité parentale : <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> PERE	Autorité parentale : <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> PERE

NOM :.....
 PRENOM :.....
 Date de naissance :..... lieu de naissance.....
 Adresse :.....
 CP :..... Ville :.....
 Adresse MAIL:.....
 Tél DOMICILE :.....
 Tél PORTABLE :.....
 Tél TRAVAIL :.....
 N°Caf ou MSA (allocataire) :.....
 Quotient familial CAF ou MSA :.....
 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 :..... CP : Ville :.....
 L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? OUI NON Si oui, 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.....) :.....

RECOMMANDATIONS :

ALLERGIES : ALIMENTAIRES MEDICAMENTS ASTHME
 Protocole Accueil Individuel autre que allergie alimentaire (**photocopie du PAI à joindre avec le dossier**)

REGIME ALIMENTAIRE :

Tous types de repas Sans porc Sans viandes
 Protocole Accueil Individuel pour allergie alimentaire (**photocopie du PAI à joindre avec le dossier**)
 ALLERGIES ALIMENTAIRES (à préciser) :.....

AUTORISATIONS :

Autorise N'autorise pas → Conformément au Règlement Général de la Protection des Données (RGPD), vous bénéficiez d'un droit d'information, d'accès et de rectification aux informations de vos données personnelles et médicales qui vous concernent et concerne votre enfant.
 Autorise N'autorise pas → La direction à consulter notre dossier allocataire CDAP ou CAFPRO pour le calcul des tarifs à l'accueil de loisirs.
 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 (presse, blog, facebook) l'enfant dans la mesure ou 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 (pour PAI) 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, j'autorise mon enfant à rentrer seul après les activités à..... (préciser horaire de sortie).

Si l'enfant n'est pas autorisé à rentrer seul : répertorier 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, adresse du domicile, numéros de téléphones etc.....

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