



Date :/...../20.....

ASSOCIATION VACANCES NATURE : ALSH PERI-SCOLAIRE DE BORN /VILLEREAL

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

ENFANT :

Nom : Prénom : Garçon Fille Non genré

Date et lieu de naissance : Ecole et classe :

Lieu de vie : Chez les deux parents En garde alternée Chez l'un des deux parents En famille d'accueil

Régime alimentaire spécifique (sans porc, végétarien..) précisez :

Bénéficie de l'AEEH (Allocation de l'éducation de l'enfant handicapé) Oui Non Bénéficie d'un PAI (Projet d'accueil individualisé) Oui

Si vous souhaitez des factures différenciées, merci de nous fournir le calendrier de garde de l'enfant et/ou l'ordonnance du jugement. En cas de garde exclusive, merci de le préciser et de fournir l'ordonnance du jugement.

Factures à envoyer : père mère les deux tuteur légal

PARENTS, TUTEURS DE L'ENFANT

Form with two columns for parent/tutor information: NOM, Prénom, Adresse, Code postal, Ville, Téléphone, Portable, Mail, N° sécurité sociale, Profession, Employeur, Adresse, Tél, Régime (CAF, MSA, Autres), N° Allocataire C.A.F. ou MSA.

OBLIGATOIRE POUR LES FACTURES

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom..... Adresse..... tél.....

Personnes autorisées à récupérer mon enfant :

.....

PAPERS A FOURNIR LORS DE L'INSCRIPTION ET CHAQUE ANNEE SI CHANGEMENT

- ✓L'adhésion annuelle de 20€
✓Photocopie carnet de santé(pages des vaccinations)
✓Assurance extra-scolaire
✓Photocopie carte vitale tuteur de l'enfant (si changement)
✓Attestation de quotient familial CAF ou MSA
✓Photocopie de l'ordonnance du jugement si besoin
✓PAI et/ou protocole médical si besoin

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné.....Représentant légal de l'enfant.....

✓ **autorise** l'équipe d'encadrement à prendre toute décision opportune (consultation de médecin, hospitalisation) en cas de nécessité, l'équipe devra m'informer au plus tôt d'une telle décision.

✓ **autorise** mon enfant à rentrer seul à son domicile à la fin de la journée Oui Non

✓ **autorise** mon enfant à participer aux sorties, stages, veillées, camps qu'organise l'association dans le cadre de ses structures (alsh, alp, atelier etc ...) et de transporter mon enfant dans les véhicules de l'association ou transport public.

✓ **certifie** avoir pris connaissance du règlement intérieur des structures.

✓ **Je m'engage** à fournir chaque année les papiers nécessaires au renouvellement du dossier de mon enfant (carnet de santé vaccinations, assurance, aides Caf Msa carte vitale) s'il y'a du changement.

Pour valoir ce que de droit. Le.....Fait à.....

Signature des responsables de l'enfant :

Droits à l'image:

Je soussignéreprésentant légal de (nom de l'enfant).....

☉ **Autorise/n'autorise pas** (*razer la mention inutile*) que mon enfant soit pris en photo ou filmé lors des animations, sorties ou spectacle organisés par l'Association.

☉ **Autorise/n'autorise pas** (*razer la mention inutile*) l'association à exposer, lors de manifestations publiques, les photographies de mon enfant prises dans le cadre des activités, les vidéos....

☉ **Autorise/n'autorise pas** (*razer la mention inutile*) l'association à utiliser les photos pour communiquer (presse, site internet, réseaux sociaux etc.) Les prises de vue pourront éventuellement être utilisées par la presse, les organismes institutionnels partenaires de l'association (CAF, Conseil Général, MSA) ou tout autre support de communication (site de l'association, article presse, blog...)

☉ **Je m'engage** à ne pas publier, diffuser les photos qui me seront remises par l'association, je m'engage à les utiliser que dans le cadre familial, et privé et en aucun cas les diffuser sur les réseaux sociaux.

Pour valoir ce que de droit. Le.....Fait à.....

Signature des responsables de l'enfant :

Règlement intérieur: Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage sans réserve à le respecter et à le faire respecter par les enfants dont je suis le représentant légal.

Le.....Fait à..... Signature :



Date :/...../20.....

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

ENFANT :

Nom : Prénoms :

Date et lieu de naissance : Garçon Fille Non généré

Poids : Taille : Numéro de sécurité sociale auquel il est rattaché :

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). **Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

MEDECIN TRAITANT :

Nom : Adresse:.....

Téléphone :

DIFFICULTES DE SANTE : (Indiquez si l'enfant a ou a eu des difficultés telles que maladie, accident, comportement, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant dates/précautions à prendre :

Allergies

Alimentaire Oui Non Précisez :

Médicamenteuse : Oui Non Précisez :

Autres (animaux, pollen, plantes etc) : Oui Non Précisez :

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir. Si l'état de santé de l'enfant nécessite un protocole médicamenteux, joindre le PAlet/ou l'ordonnance précisant la cause, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Appareils :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires etc. Précisez :

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
OTITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	AUTRES

VACCINATIONS (remplir ou photocopies du carnet de santé)

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS ou obligatoires pour les enfants nés à partir de 2018	DATES
Diphthérie				Hépatite B.	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Infections invasives à pneumocoque	
Ou Tétracoq				Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B	
BCG				Méningocoque de sérogroupe C	

Si je n'ai pas le carnet de santé remplir ci-dessous:

Je déclare que mon enfant est à jour sur les vaccinations.

Date :

Signature :

Tournez svp

AUTRES RECOMMANDATIONS :

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

RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 :

NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :
.....
TEL DOMICILE TEL TRAVAIL
TEL PORTABLE :

Responsable N°2 :

NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :
.....
TEL DOMICILE TEL TRAVAIL
TEL PORTABLE :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur.....(nom et prénom de l'enfant), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :