



FICHE DE RENSEIGNEMENT ACCUEIL DE LOISIRS
2024
LES MONTILS–CANDE SUR BEUVRON–MONTHOU SUR BIEVRE

ENFANT

Nom et prénom : Fille Garçon

Date de naissance : Classe et école fréquentées :

FAMILLE

Nom et prénom

Adresse

Portable

Employeur

Téléphone professionnelle

PERE

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

MERE

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

Email pour connexion portail famille et communication famille/organisateur :

.....

Parents séparés : indiquer le parent « payeur ».....

Etes-vous allocataires CAF ou MSA ?.....

Numéro allocataire : Quotient familial :

ASSURANCE

Je soussigné (e),déclare avoir une assurance de responsabilité civile pour mon enfant (N° police..... Organisme.....)

Personnes à contacter en cas d'absence, d'accident et autorisés à récupérer l'enfant durant l'année :

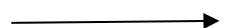
Nom/ téléphone :

Nom /téléphone

DONNEES COMPLEMENTAIRES

J'autorise ou je n'autorise pas l'équipe à prendre mon enfant en photo, à usage exclusif des services pédagogiques (diaporama photo, plaquettes, journal local-pas de diffusion internet)

J'autorise ou je n'autorise pas la mairie à consulter mes ressources financières via le service mis à disposition de la CAF nommé « CDAP » et à les conserver pour l'application de la tarification dégressive.





FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DU JEUNE. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. **MERCI DE NOUS INDIQUER TOUT CHANGEMENT EN COURS D'ANNEE.**

RAPPEL : lors des séjours, si traitement médical, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance.**

- 1- **LES VACCINS :** fournir une photocopie des vaccins à jour (seul DTP obligatoire)
- 2- **LES DIFFICULTES DE SANTE** (maladies, crises convulsives, opération..... Et les précautions à prendre) **ET ALLERGIES**
.....
.....
.....

Votre enfant a-t-il un PAI ? Non Oui raisons du PAI
Dans le cas d'un PAI, vous devez impérativement prendre contact avec le bureau du service jeunesse (02.54.44.11.58)

Votre enfant bénéficie-t-il de l'AAEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé) ? Non Oui (fournir la notification dans le cadre d'un partenariat avec la CAF41)

3- MEDICAL

Médecin famille (nom, adresse, téléphone)

En cas d'hospitalisation nécessaire, je souhaite que mon enfant soit conduit, dans la mesure du possible
 à l'hôpital à la clinique

4- RESPONSABLE DE L'ENFANT

- Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant :
- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
 - 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.
 - Reconnaît avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure fréquentée par mon enfant.

Le : Signature (s) :

