

# Accueil de loisirs les FILOUS

## Fiche de renseignements pour l'année 2024

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Adresse exacte : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Ecole de : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

### Nom, prénom, numéros de téléphone des responsables légaux de l'enfant :

Responsable légal A \_\_\_\_\_ Responsable légal B \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Tél domicile : \_\_\_\_\_

E-mail de contact \* : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

\* Utiliser cette adresse pour la connexion à l'espace famille et la réception d'information : **OUI / NON**

Si « NON » adresse à utiliser : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Je soussigné, \_\_\_\_\_ responsable légal de \_\_\_\_\_ souhaite pouvoir inscrire mon enfant aux activités

suivantes : - Accueil de loisirs extrascolaire durant les vacances scolaires **OUI / NON**

- Accueil de loisirs périscolaire les mercredis en période scolaire **OUI / NON**

## RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

### Vaccinations

**Merci de joindre impérativement une copie du carnet de vaccination de l'enfant. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication**

### Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical de manière permanente ou est amené durant l'année à en suivre.....**OUI / NON**

**ATTENTION** : Si votre enfant suit un traitement, une ordonnance en cours de validité est **obligatoire**. Elle est à joindre aux médicaments et à remettre au directeur. (Les médicaments doivent être dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice).

**ALLERGIE** : ASTHME **OUI / NON**

MÉDICAMENTEUSE **OUI / NON**

ALIMENTAIRE **OUI / NON**

**AUTRES ALLERGIES** : \_\_\_\_\_ **PAI** : **OUI / NON**

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir + copie du protocole si PAI : \_\_\_\_\_

#### Cadre réservé à ADAPTE 95

Vaccins	Oui	Non	derniers rappels
(*) Enfant né ≤ 2018			
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite			
Coqueluche *			
Haemophilus influenzae B *			
Hépatite B *			
Pneumocoque, Méningocoque C *			
Rougeole, Oreillons, Rubéole *			
Autres (préciser)			

**Indiquez ci-après :**

**Les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) **en précisant les dates et les précautions à prendre.**

---

---

**Recommandations utiles des parents**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses (auditives, dentaires) etc... **précisez :**

---

Votre enfant suit un régime alimentaire particulier, précisez : \_\_\_\_\_

**Personne à contacter en cas d'urgence** (à remplir si différent des personnes désignées comme responsables de l'enfant) :

NOM/Prénom \_\_\_\_\_ Tél. fixe : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant de l'enfant : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Je soussigné, \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Accueil Collectif de Mineurs Les FILOUS à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je m'engage à informer la direction d'Adapte 95 de toute évolution médicale entre les sessions.

Date

Signature

**AUTORISATIONS PARENTALES**

**Déroulement des activités**

J'autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités de l'accueil de loisirs y compris celles organisées hors de la commune.

OUI  NON J'autorise mon enfant à **participer aux activités baignade (piscine, base de loisirs, ...)**  
Mon enfant  sait nager  ne sait pas nager

OUI  NON J'autorise mon enfant à **voyager en transport collectif** (car, bus, train, voiture de l'association, ...)

OUI  NON J'autorise à ce que mon enfant **soit photographié ou filmé** dans le cadre de l'accueil de loisirs

OUI  NON J'autorise ADAPTE 95 et la CCVVS à utiliser pour ses différents supports de communication toute photographie ou vidéo sur laquelle mon enfant apparaît à condition que celle-ci ne porte pas atteinte à son intégrité.

**Sortie de l'enfant exclusivement pour les enfants habitants Villers en Arthies :**

En cas d'indisponibilité d'un ou des parents, l'enfant aura la possibilité de rentrer seul à partir de 17 h.

OUI  NON J'autorise mon enfant à rentrer seul le soir

Tous les jours d'inscription  Uniquement sur demande (*dans ce cas, un courrier devra être remis à l'arrivée de l'enfant le jour concerné*)

Heure de départ de l'enfant du centre de loisirs demandée par les responsables légaux : \_\_\_\_\_h\_\_\_\_\_

**Personnes autorisées à récupérer l'enfant le soir en cas d'indisponibilité des responsables légaux (1 personne minimum obligatoire !)** :

J'autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant :

Nom/Prénom	Adresse	Commune	Téléphone

**L'équipe de l'accueil collectif LES FILOUS se réserve le droit de demander une pièce d'identité à toute personne venant chercher un enfant.**

Je soussigné, \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date

Signature