

Fiche de renseignements Accueil de loisirs LES FILOUS

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 / facturation : **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 : _____

Indiquez ci-après :

Cadre réservé à ADAPTE 95			
Vaccins	Oui	Non	derniers rappels
(*) Enfant né ≤ 2018			
Diptérie, Tétanos, Poliomyélite			
Coqueluche *			
Haemophilus influenzae B *			
Hépatite B *			
Pneumocoque, Méningocoque C *			
Rougeole, Oreillons, Rubéole *			
Autres (préciser)			

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 ou information renseignées sur ce document.

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 prévue ou imprévue des responsables légaux

(1 personne minimum obligatoire ! Pour appel, à défaut d'une personne indiquée, après 19h, la Loi nous impose de contacter les forces de l'ordre) :

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 (Nom – Prénom), _____ responsable légal de l'enfant _____, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date

Signature