

FICHE DE RENSEIGNEMENT 2017-2018

Accueil de Loisirs

Temps d'Activités Périscolaires (TAP)

ENFANT :

NOM :

PRENOM :

AGE :

DATE DE NAISSANCE :

ECOLE :

CLASSE :

Enfant Nageur

Enfant Non Nageur

N° Assurance (extra-scolaire) et nom de l'organisme :

RESPONSABLE LEGAL :

Situation familiale :

Mère

Père

Autre (Grands-parents, Tuteur)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Commune :

Tel Fixe :

Tel Portable :

Email :

Tel Employeur :

Mère

Père

Autre (Grands-parents, Tuteur)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Commune :

Tel Fixe :

Tel Portable :

Email :

Tel Employeur :

Régime Général N° Allocataire CAF : Quotient Familial :

Régime Agricole N° Allocataire MSA :

Autres Régime

AUTORISATIONS :

Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant (Nom, Prénom et Tel) :

.....
.....

J'autorise l'enfant :

A utiliser le service du bus du centre de loisirs ou d'un transporteur agréé, lors des divers déplacements liés aux activités : OUI NON

A être pris en photo ou filmé dans le cadre des activités (cela pouvant être utilisé pour promouvoir et valoriser les activités des TAP) : OUI NON

A rentrer seul : OUI NON

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

ALLERGIES :

Asthme : OUI NON Médicamenteuse : OUI NON
Alimentaires : OUI NON Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....
.....

AUTRES :

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, opération, ...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....

Recommandations utiles des parents (lunettes, prothèses auditives, ...) :

.....
.....

Groupe Sanguin (facultatif) :

Nom et tel. du médecin traitant (facultatif) :

Copie des vaccinations à jour (DTP)

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

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte les conditions.

Date :

Signature :