

FICHE DE RENSEIGNEMENT 2019-2020

ENFANT :

NOM :

PRENOM :

AGE :

DATE DE NAISSANCE :

ECOLE :

CLASSE :

Enfant Nageur

Enfant Non Nageur

N° Assurance (extra-scolaire) et nom de l'organisme (Fournir une copie de l'attestation d'assurance) :
.....

RESPONSABLE LEGAL :

Situation familiale :

Mère

Père

Autre (Grands-parents, Tuteur)

Nom :

Adresse :

Prénom :

CP/Commune :

Tel Fixe :

Tel Portable :

Email :

Tel Employeur :

Mère

Père

Autre (Grands-parents, Tuteur)

Nom :

Adresse :

Prénom :

CP/Commune :

Tel Fixe :

Tel Portable :

Email :

Tel Employeur :

Régime Général N° Allocataire CAF : Quotient Familial :

Régime Agricole N° Allocataire MSA :

Autres Régime

Fournir une copie de l'attestation du quotient familial,

en l'absence de ce justificatif la collectivité appliquera le tarif maximum.

AUTORISATIONS :

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

.....

.....

J'autorise l'enfant :

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

à être pris en photo ou filmé dans le cadre de la valorisation des activités, et à être diffusé sur le site internet, les réseaux sociaux et les programmes de la collectivité. OUI NON

à rentrer seul : OUI NON

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'enfant suit-il un traitement médical : OUI NON

Si oui joindre une ordonnance à jour 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 donné 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 de loisirs 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 :



Accueil de loisirs sans hébergement d'Églisolles

Ligne directe • 04 73 72 31 23

15 avenue du 11 Novembre 63600 Ambert • 04 73 72 71 40 • accueil@ambertlivradoisforez.fr

www.ambertlivradoisforez.fr