

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ANNEE 2017/2018

Enfant en : Maternelle Élémentaire

Services concernés : cantine, garderie périscolaire, accueil de loisirs les mercredis et les vacances scolaires

Fiche à renseigner **OBLIGATOIREMENT** et à compléter avec les documents suivants :
Une photocopie de l'attestation de la carte vitale
Photocopie des vaccins du carnet de santé de votre enfant
Attestation d'assurance extra scolaire
Fiche sanitaire de liaison du Ministère de la Jeunesse et des Sports à compléter (ci-joint)
Le dernier feuillet du règlement intérieur signé

Nom de l'enfant:

Prénom de l'enfant:

Date et lieu de naissance :

Responsable légal de l'enfant :

Père Mère Tuteur

Adresse de l'enfant :

Tel domicile :

<u>Père</u>	<u>Mère</u>
Nom et Prénom :	Nom et prénom :
Employeur :	Employeur :
Tel travail :	Tel travail :
Tel portable :	Tel portable :
Adresse e-mail en lettres capitales: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Adresse e-mail en lettre capitales: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Nom, prénom et âge des frères et sœurs :

Nom et adresse de l'assurance couvrant l'enfant (joindre la photocopie de l'attestation d'assurance) :

N° de Sécurité Sociale de l'enfant (joindre la photocopie de l'attestation de la Carte Vitale) :

Personne à prévenir en cas d'urgence : _____

Nom et tel du médecin traitant :

Dans le cas où je ne pourrais pas venir chercher mon enfant moi-même, **j'autorise les personnes nommées ci-dessous (et seulement ces personnes)**, à prendre mon enfant. Je prends note qu'une pièce d'identité sera demandée la première fois que la personne viendra chercher mon enfant :

Mme ou Mr : _____ tel : _____
Mme ou Mr : _____ tel : _____
Mme ou Mr : _____ tel : _____
Mme ou Mr : _____ tel : _____

AUTORISATION DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné (père, mère ou tuteur légal) _____ autorise
mon fils, ma fille _____ :

à participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs, y compris la piscine, les sorties hors de la commune (quelque soient les moyens de transport).

à être photographié dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs et accepte l'exposition de ces photos et leur utilisation éventuelle dans le journal municipal ou le site internet de Bruyères-le-Châtel.

Dans le cas où, en tant que parents, nous ne serions pas joignable et seulement si, le médecin le juge indispensable, j'autorise la directrice de l'accueil de loisirs à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toute intervention d'urgence si nécessaire.

Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts.

Fait à _____, le _____.

Signature précédée de la mention « lu et approuvé ».

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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