

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**  
**Accueils de Loisirs Péri et Extra-scolaires 2023/2024**



Nom et prénom de l'enfant .....

Date de naissance : .....

Classe : ..... Ecole : .....

Allocataire CAF, numéro: .....

Allocataire MSA, numéro sécurité sociale : .....

Nom et n° de Police d'assurance : .....

Adresse mail (en majuscules) .....

**Nom et coordonnées des responsables Légaux :**

Nom et prénom : ..... <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Assistant(e) familial(e)	Nom et prénom : ..... <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Assistant(e) familial(e)
Adresse :..... .....	Adresse :..... .....
Profession : .....	Profession : .....
Employeur :.....	Employeur :.....
Tél privé :.....	Tél privé :.....
Tél travail :.....	Tél travail :.....

**Personnes autorisées à récupérer l'enfant autre que les responsables légaux :**

Nom et Prénom	Lien de parenté	Téléphone

Je (nous) soussigné(s), .....responsable(s) légal (aux) de l'enfant certifie (ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

Signatures des responsables de l'enfant :

## AUTORISATIONS

### Détails des autorisations :

**Autorisons** le personnel à sortir mon enfant de l'établissement pour les sorties  
 **N'autorisons pas** en groupe.

**Autorisons** le personnel à photographier ou à filmer mon enfant dans la mesure où  
 **N'autorisons pas** les films et images ne seront utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement.

**Autorisons** le personnel à administrer à mon enfant les éventuelles médications  
 **N'autorisons pas** prescrites par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance.

**Autorisons** l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgence en cas  
 **N'autorisons pas** d'accident impliquant mon enfant. (Hospitalisation, SAMU, pompiers).

**Autorisons** mon enfant à venir seul à l'accueil, et à rentrer seul après les activités.  
 **N'autorisons pas**

**Autorisons** le personnel à transporter ou faire transporter mon enfant dans les  
 **N'autorisons pas** véhicules de l'établissement dans le cadre des sorties en groupe.

**Autorisons** la direction à consulter notre dossier allocataire CDAP afin d'accéder  
 **N'autorisons pas** directement aux ressources (Quotient, Revenus, Nombre d'enfants à charge) à prendre en compte pour le calcul des tarifs. (le service CDAP.fr respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à l'équipe de direction.).

**Autorisons** le Centre Socioculturel à utiliser mon adresse mail pour m'envoyer  
 **N'autorisons pas** des informations concernant ses activités et celles de ses partenaires locaux.

Nous déclarons avoir pris connaissance du Règlement de Fonctionnement des Accueils de Loisirs 3-17 ans du Centre Socioculturel des Amognes et acceptons les conditions stipulées.

*(Ce Règlement est disponible sur le site internet du Centre Socioculturel, sur votre Espace Famille et en version papier à l'accueil du Centre Socioculturel ou auprès des responsables Accueils de Loisirs).*

Signatures des responsables de l'enfant



### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
 MEDICAMENTEUSES  oui  non  
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
 Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé, si oui préciser**  oui  non

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêt de du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de Loisirs).

### 1- VACCINATION

#### JOINDRE LA PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATION

*(Document obligatoire pour accueillir votre enfant en Accueil de Loisirs Périscolaire et Extrascolaire)*

<b>VACCINS OBLIGATOIRES</b>	VACCINS RECOMMANDÉS
Diphthérie	Hépatite B
Tétanos	Rubéole Oreillons Rougeole
Poliomyélites	Coqueluche
Ou DT Polio	BCG
Ou Tétracoq	Hépatite B

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

### 2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.**

### L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :