

FICHE SANITAIRE ET D'AUTORISATIONS

ACCUEIL DE LOISIRS SANS HÉBERGEMENT - Vacances scolaires - 2021-2022

RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE

- Responsable légal 1 : Père Mère Autre Personne à joindre en priorité

Nom : Prénom :

Adresse :

☎ Domicile : ☎ Portable : ☎ Travail :

@ Courriel :

- Responsable légal 1 : Père Mère Autre Personne à joindre en priorité

Nom : Prénom :

Adresse :

☎ Domicile : ☎ Portable : ☎ Travail :

@ Courriel :

Assurance

Numéro assurance scolaire :

Adresse :

Allocataire CAF /MSA

- Numéro d'allocataire :

- Bénéficiaire prestation : responsable légal 1 responsable légal 2

- J'autorise les personnes habilitées à accéder au système de consultation des quotients familiaux mis à disposition par les organismes sociaux : Oui Non

Fournir obligatoirement une attestation récente pour déterminer la participation de la famille selon le quotient familial (par mail afr.stlambert@gmail.com ou version papier)

AUTORISATIONS PARENTALES

Si mon (mes) enfant(s) est(sont) photographié(s), j'autorise que les photos soient publiées :

dans le réseau Familles Rurales sur le bulletin communal sur Facebook

J'indique le nom de la (ou des) personnes (s) autorisée(s) à venir chercher mon/mes enfant(s) :

NOM Prénom en qualité de Tél :

NOM Prénom en qualité de Tél :

NOM Prénom en qualité de Tél :

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs et en accepte tous les termes.

J'ai pris connaissance que les renseignements de cette fiche resteront confidentiels et seront utilisés par les personnes habilitées, dans le cadre de leurs services.

Fait à St Lambert-la-Potherie, le

Noms et prénoms des responsables :

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT 1

Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Sexe :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date et lieu de naissance :	<input type="text"/>
Nationalité :	<input type="text"/>	Département	<input type="text"/>

Mode de garde

Parents Garde alternée Monoparental Famille d'accueil Grands parents

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Vaccinations : Fournir la photocopie des vaccinations ou le cas échéant, un certificat médical de contre-indication

Maladies : (cocher la ou les maladies que votre enfant a eues)

Rubéole Coqueluche Varicelle Oreillons Rougeole

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à notre connaissance :

Allergies, maladies, accidents, opérations, traitement médical, contre-indications à la pratique d'activités physiques, lunettes, prothèses auditives ou dentaires ...

P.A.I.

Votre enfant doit-il bénéficier d'un Projet d'Accueil Individualisé ? Oui Non

Si oui, merci de fournir les documents nécessaires ainsi que le traitement à prendre s'il y en a un.

J'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par l'accueil de loisirs et le cas échéant, à prendre le car : Oui Non

J'autorise que mon enfant soit conduit à la piscine pour se baigner : Oui Non

Sait-il nager ? Oui Non Niveau

J'autorise mon enfant à repartir seul de l'accueil de loisirs et en assume l'entière responsabilité

Oui Non


Si oui à partir de quelle heure ?

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT 2

Nom : Prénom :
Sexe : M F Date et lieu de naissance :
Nationalité : Département

Mode de garde

Parents Garde alternée Monoparental Famille d'accueil Grands parents

Nom du médecin traitant :
Adresse :


Vaccinations : Fournir la photocopie des vaccinations ou le cas échéant, un certificat médical de contre-indication

Maladies : (cocher la ou les maladies que votre enfant a eues)

Rubéole Coqueluche Varicelle Oreillons Rougeole

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à notre connaissance :

Allergies, maladies, accidents, opérations, traitement médical, contre-indications à la pratique d'activités physiques, lunettes, prothèses auditives ou dentaires ...

P.A.I.

Votre enfant doit-il bénéficier d'un Projet d'Accueil Individualisé ? Oui Non

Si oui, merci de fournir les documents nécessaires ainsi que le traitement à prendre s'il y en a un.

J'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par l'accueil de loisirs et le cas échéant, à prendre le car : Oui Non

J'autorise que mon enfant soit conduit à la piscine pour se baigner : Oui Non

Sait-il nager ? Oui Non Niveau

J'autorise mon enfant à repartir seul de l'accueil de loisirs et en assume l'entière responsabilité

Oui Non


Si oui à partir de quelle heure ?

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT 3

Nom : Prénom :
Sexe : M F Date et lieu de naissance :
Nationalité : Département

Mode de garde

Parents Garde alternée Monoparental Famille d'accueil Grands parents

Nom du médecin traitant :
Adresse :


Vaccinations : Fournir la photocopie des vaccinations ou le cas échéant, un certificat médical de contre-indication

Maladies : (cocher la ou les maladies que votre enfant a eues)

Rubéole Coqueluche Varicelle Oreillons Rougeole

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à notre connaissance :

Allergies, maladies, accidents, opérations, traitement médical, contre-indications à la pratique d'activités physiques, lunettes, prothèses auditives ou dentaires ...

P.A.I.

Votre enfant doit-il bénéficier d'un Projet d'Accueil Individualisé ? Oui Non

Si oui, merci de fournir les documents nécessaires ainsi que le traitement à prendre s'il y en a un.

J'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par l'accueil de loisirs et le cas échéant, à prendre le car : Oui Non

J'autorise que mon enfant soit conduit à la piscine pour se baigner : Oui Non

Sait-il nager ? Oui Non Niveau

J'autorise mon enfant à repartir seul de l'accueil de loisirs et en assume l'entière responsabilité

Oui Non

Si oui à partir de quelle heure ?