

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

Rubéole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Varicelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Angine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Coqueluche oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Otite oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Autre _____

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier nécessitant la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), y a-t-il des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? oui non

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. DROIT A L'IMAGE / ACTIVITES

J'autorise / je n'autorise pas⁽¹⁾ l'Accueil de Loisirs à diffuser les photographies, prises durant les activités, sur lesquelles figure mon enfant, autorisation valable :

- Pour l'édition de documents pédagogiques
- Pour des expositions relatives à l'accueil de loisirs
- Pour les journaux d'informations locales
- Pour la publication sur le site internet de l'Association

J'autorise / je n'autorise pas⁽¹⁾ mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées dans le cadre de l'accueil de loisirs (sorties à pieds, à vélo, en minibus, en voiture individuelle, ou en bus), à participer aux activités aquatiques et à se baigner.

(NB : les enfants autorisés à se baigner doivent être vaccinés contre la Poliomyélite)

⁽¹⁾Rayer la mention inutile

5. PERSONNES AUTORISEES A REPENDRE L'ENFANT APRES L'ACCUEIL DE LOISIRS (Hors responsables légaux)

NOM
PRENOM
TEL.

NOM
PRENOM
TEL.

NOM
PRENOM
TEL.

NOM
PRENOM
TEL.

6. PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (hors responsables légaux, qui seront appelés en priorité)

NOM
PRENOM
TEL.

NOM
PRENOM
TEL.

NOM
PRENOM
TEL.

NOM
PRENOM
TEL.

7. RESPONSABLES LÉGAUX DU MINEUR

PARENT 1 :

NOM
PRENOM
ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)
.....
.....
.....
TEL. TRAVAIL
TEL. PORTABLE

PARENT 1 :

NOM
PRENOM
ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)
.....
.....
.....
TEL. TRAVAIL
TEL. PORTABLE

NOM et N ° TEL. DU MEDECIN TRAITANT
.....

Nous soussignés, responsables légaux du mineur,
déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et nous engageons à les réactualiser si
nécessaire. Nous autorisons le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues
nécessaires par l'état de santé du mineur.

Date et signature : Parent 1 :

Parent 2 :



FICHE FAMILIALE

Année 20.....-20.....



Parent 1 :

Nom :

Prénom :

Adresse :

email : _____@_____

Parent 2 :

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente) :

email : _____@_____

Numéros de téléphone utiles

N° de téléphone parent 1 :

N° de téléphone parent 2 :

N° de téléphone domicile parent 1 :

N° de téléphone domicile parent 2 :

N° de téléphone autre :

N° de téléphone autre :

Nom et prénom des enfants/jeunes	N° identifiant Bons vacances (Indiqué sur les bons)	Adhésion
		12€*
		12€*
		12€*
		12€*

***12€ /enfant si adhésion au centre de loisirs (Adhésion valable de début septembre N à fin août N+1)**

Allocation familiales versées par :

Nom de la caisse : _____ N° d'allocataire complet : _____

Quotient familial CAF (joindre la copie de la notification) : _____

La notification CAF est à renouveler chaque début d'année et à chaque changement de situation ou de QF

Je soussigné(e) _____ responsable légal(e) autorise le responsable du centre à présenter mon (mes) enfant(s) au médecin en cas de soins à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie.

Dans ce cas, je m'engage à rembourser à l'association C Mes Loisirs les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et les frais annexes dont l'avance aurait été faite pour mon (mes) enfant(s)

J'autorise l'association à prendre mes enfants en photo et en faire usage aux seules fins des actions de communication de l'association.

J'autorise mes enfants à se baigner sous surveillance d'un personnel qualifié.

J'autorise l'association à transporter mes enfants pour les besoins ou activités du centre par l'équipe d'encadrement, par les membres du bureau, ou par des moyens collectifs (Bus, train, etc)

Le : ___/___/___ à _____

Signature parent 1 :

Signature parent 2 :

(Précédé de la mention "Lu et Approuvé")