



Cochez les cases correspondantes à votre situation

DOSSIER

- Des parents
- De la maman
- Du papa
- Des tuteurs

L'ENFANT

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Sexe : Féminin Masculin
Lieu de résidence :
 Parents Maman Papa Garde alternée Autres

PARENT 1 ou TUTEUR /TUTRICE

NOM :
Prénom :
Adresse :

Profession :
Employeur :
Tel Travail :
Tel personnel :
Situation familiale :
Adresse mail :

PARENT 2 ou TUTEUR /TUTRICE

NOM :
Prénom :
Adresse :

Profession :
Employeur :
Tel Travail :
Tel personnel :
Situation familiale :
Adresse mail :

N° sécurité sociale :
N° d'Allocataire CAF ou MSA :
N° d'Assurance :

Compagnie d'assurance :

→ DROIT A L'IMAGE : Photos et vidéos

- J'autorise Je n'autorise pas

- à prendre mon enfant en photo dans le cadre d'une activité sur le temps de l'Accueil de Loisirs, pour d'éventuelles parutions dans la presse et sur différents supports de communication.
- à filmer mon enfant dans le cadre d'un travail d'équipe.

→ BAINNADE : Merci de fournir un test d'aisance aquatique pour l'été 2022

- Sait nager Se débrouille Ne sait pas nager Test d'aisance aquatique

→ TYPE DE REPAS CONSOMMÉ :

- Sans régime alimentaire spécifique
 Sans porc
 P.A.I (repas fourni par les parents)

→ PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT, AUTRES QUE LES PARENTS

Ces personnes doivent se présenter avec une pièce d'identité.

Nom / Prénom :	Tél :	Lien :
Nom / Prénom :	Tél :	Lien :
Nom / Prénom :	Tél :	Lien :
Nom / Prénom :	Tél :	Lien :

Renseignements médicaux obligatoires

NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE :

→ **L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :**

Angines : Oui Non

Coqueluche : Oui Non

Oreillons : Oui Non

Otites : Oui Non

Rubéole : Oui Non

Rougeole : Oui Non

Scarlatine : Oui Non

Varicelle : Oui Non

Rhumatisme articulation Aigu : Oui Non

**VACCINS OBLIGATOIRES POUR FRÉQUENTER L'ACCUEIL DE LOISIRS
(fournir une copie) : Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite (DTP)**

→ **Votre enfant présente-t-il les pathologies suivantes :**

Allergies alimentaires : Oui Non / Préciser

Allergies médicamenteuses : Oui Non / Préciser

Asthmes : Oui Non / Diabète : Oui Non / Épilepsie : Oui Non

→ **Merci de préciser si votre enfant rencontre un trouble de la santé**

(langage, de comportement...).....

La directrice peut vous rencontrer sur RDV si vous le souhaitez .

→ **L'enfant suit-il un traitement régulier ?** Oui Non

→ **Votre enfant présente-t-il des troubles de la santé :** Oui Non

Si votre réponse est oui, vous devez compléter un PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (P.A.I) et prendre RDV avec la directrice qui vous expliquera la procédure à suivre.

→ **Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence au sein de l'accueil de loisirs :** Oui Non

→ **Autres indications utiles** (port de lunettes, prothèses dentaires, suivi spécialisé..)

Préciser

Déclaration du responsable

Je soussigné(e) responsable légal du mineur
..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le
responsable de l'Accueil de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures
(hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.
- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'Accueil de Loisirs,
- Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs et en avoir reçu
une copie,
- J'autorise et engage mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par
l'Accueil de Loisirs et à être transporté en transport en commun,
- Je m'engage à faire enregistrer personnellement l'arrivée et le départ de mon enfant à l'Accueil
de Loisirs ou à défaut déléguer à une personne majeure : (à respecter la même procédure) .

A Tallard, le

Signature (s) précédée(s) de la mention « Lu et Approuvé »

PARENT 1

PARENT 2

TUTEUR /TUTRICE