

Je soussigné(e)

responsable de l'enfant

Autorise		DROIT A L'IMAGE	
OUI	NON		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mon enfant à être photographié, filmé et enregistré pendant les activités de la structure (utilisation limitée à l'accueil de loisirs (exposition photos, activités...))	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'utilisation éventuelle de photographies ou films représentant mon enfant pour illustrer les moyens de communication de la Mairie de Bassussarry (journal, plaquette, site internet, blog).	

- Déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs et en accepte les conditions.
- M'engage à signaler tout changement de situation familiale, de domicile ou numéro de téléphone.
- M'engage à signaler tout troubles de la santé et/ou changement d'état de santé de mon enfant et à fournir tout document ou protocole d'accueil individualisé (certificat médical et ordonnances).
- Autorise le responsable de la structure :
 - En cas d'urgence médicale (maladie grave, vomissements suspects, accident ...) à prendre les mesures nécessaires pour faire transporter mon enfant vers l'hôpital le plus proche par un service compétent (pompiers, ambulance...).
 - En cas de malaise ou d'accidents bénins, s'il n'a pu me joindre, à faire examiner mon enfant par le médecin le plus proche.
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs et périscolaire permises par la réglementation des accueils de mineurs, y compris à toutes les sorties organisées (à pied, à vélo, en bus ou mini-bus, à la piscine, en camping...)
- Autorise l'accueil de loisirs, l'accueil périscolaire et la restauration scolaire à m'envoyer des informations relatives à ses activités via mon adresse mail ou par sms.
- certifie l'exactitude des renseignements portés sur ces fiches



Fait à

Le

Signature :

ACTUALISATION

Fait à Bassussarry,

Le

Signature :

Fait à Bassussarry,

Le

Signature :

Fait à Bassussarry,

Le

Signature :



- Dossier signé
- Justificatif de domicile
- Avis imposition
- Photocopies du Carnet de Santé
- Attestation D'assurance
- Aides aux temps libre CAF (si bénéficiaires)

Visa de l'équipe du Service





Accueil periscolaire et de loisirs & Restauration Scolaire

ENFANT

NOM : PRENOM :

Date de naissance :

MEDECIN

NOM : TEL :

VACCINATIONS



Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS NON OBLIGATOIRES	DATES
DT POLIO				ROR	
				MENINGOCOQUE	

Merci de joindre la photocopie des pages des vaccinations du carnet de santé

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT



Votre enfant a-t-il déjà été opéré ?

 OUI

 NON

Si oui, de quoi ?

 Date :
 Date :

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

Rubéole
 Varicelle
 Rougeole
 Oreillons
 Autres.....

L'enfant a-t-il eu des allergies ?

Asthme
 Alimentaire
 Médicamenteuses
 Autres.....

Si OUI certificat médical obligatoire

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

L'enfant prend-t-il un médicament tous les jours ? Lequel ?

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires,

Avez-vous des remarques particulières concernant la santé de votre enfant ?

Accueil periscolaire et de loisirs & Restauration Scolaire

Situation Familiale

- Père isolé ou veuf
 Mère isolée ou veuve
 Les 2 parents
 Parents séparés
 Tuteur

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Madame

Monsieur

NOM	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Profession	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si différente de la mère

Merci de joindre un justificatif de domicile

 Téléphone (domicile)	<input type="text"/>	 Téléphone (domicile)	<input type="text"/>
 Téléphone (portable)	<input type="text"/>	 Téléphone (portable)	<input type="text"/>
Téléphone (professionnel)	<input type="text"/>	Téléphone (professionnel)	<input type="text"/>
 Adresse mail en majuscules	<input type="text"/>	Adresse mail en majuscules	<input type="text"/>

Type de régime

- Régime Général
 MSA
 Autres régimes : Précisez :

CAF

N° Allocataire :
 Quotient Familial :

Assurance

Nom de l'assurance :
 N° de police :

Merci de joindre la photocopie de l'attestation d'assurance et Attestation CAF

Numéro de Sécurité Sociale :

TARIFICATION pour ACCUEIL DE LOISIRS

Revenu imposable : Nombre de parts :

Quotient Familial (Revenu imposable/12/Nombre de parts) =

Merci de joindre la photocopie du dernier avis d'imposition

