Je soussigné(e) _____

responsable de l'enfant _____

Autorise		DROIT A L'IMAGE
OUI	**NON**	
☐	☐	Mon enfant à être photographié, filmé et enregistré pendant les activités de la structure (utilisation limitée à l'accueil de loisirs (exposition photos, activités…)
☐	☐	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 (pompier, 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 :

☐ 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

Bassussarry Ongi Etorri

FICHE SANITAIRE

Accueil periscolaire et de loisirs & Restauration Scolaire

ENFANT

NOM : PRENOM :

Date de naissance : Classe en 2021/2022 :

☐ **Fille** ☐ **Garçon**

Etablissement scolaire :

Régime alimentaire : ☐ Normal ☐ Sans porc

MEDECIN NOM : TEL :

VACCINATIONS

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 ?*** **Si OUI certificat médical obligatoire**

☐ Asthme ☐ Alimentaire ☐ Médicamenteuses ☐ Autres……

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 ?

TSVP Tournez s'il vous plaît

DOSSIER FAMILLE

Accueil periscolaire et de loisirs & Restauration Scolaire

Situation Familiale

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

Pour les parents séparés, chaque représentant doit remplir une fiche par enfant

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

	Parent 1	Parent 2
NOM		
Prénom		
Profession		
Adresse		[redacted]
Code postal		[redacted]
Ville		[redacted]

Merci de joindre un justificatif de domicile

Téléphone (domicile)		**Téléphone (domicile)**	
Téléphone (portable)		**Téléphone (portable)**	
Téléphone (professionnel)		**Téléphone (professionnel)**	
Adresse mail en majuscules		**Adresse mail en majuscules**	

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

Hors responsables légaux

AUTORISATIONS

Personnes à appeler en cas d'urgence	Lien avec la famille	Téléphone

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant	Lien avec la famille	Téléphone

TSVP Tournez s'il vous plaît