

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 (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 :

	<input type="checkbox"/> Dossier signé	Visa de l'équipe du Service 
	<input type="checkbox"/> Justificatif de domicile	
	<input type="checkbox"/> Avis imposition	
	<input type="checkbox"/> Photocopies du Carnet de Santé	
	<input type="checkbox"/> Attestation D'assurance	
	<input type="checkbox"/> Aides aux temps libre CAF (si bénéficiaires)	



Accueil periscolaire et de loisirs & Restauration Scolaire

ENFANT	NOM :	<input type="text"/>	PRENOM :	<input type="text"/>
	Date de naissance :	<input type="text"/>	Classe en 2021/2022 :	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Fille		<input type="checkbox"/> Garçon	
	Etablissement scolaire : <input type="text"/>			
	Régime alimentaire :	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sans porc	

MEDECIN	NOM :	<input type="text"/>	TEL :	<input type="text"/>
----------------	-------	----------------------	-------	----------------------

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 ?

<input type="text"/>	Date :	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Date :	<input type="text"/>

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 ?

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	<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"/>

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

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

