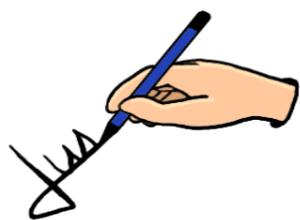


Je soussigné(e)

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

Prénom

Profession

Adresse

Code postal

Ville

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

