

DROIT A L'IMAGE



Autorise

Autorise		
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).

Je soussigné(e)

responsable de l'enfant

- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur 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 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 :





ENFANT

NOM : PRENOM :
Date de naissance : AGE :

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 de la page 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 ?



Fait à Le

Signature :

Accueil periscolaire et de loisirs

Situation Familiale

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

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Madame

Monsieur

NOM

Prénom

Date de naissance

Profession

Adresse

Si différente de la mère

Code postal

Ville



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

Assurance

N° Allocataire : Nom de l'assurance :

Quotient Familial : N° de police :

Numéro de Sécurité Sociale :

TARIFICATION pour ACCUEIL DE LOISIRS

Revenu imposable : Nombre de parts :

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

ENFANT

NOM : PRENOM :

Date de naissance : AGE :

Fille
 Garçon
 Classe en 2018/2019 :

Etablissement scolaire :

Régime alimentaire : Normal Sans porc Autres :

