

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Accueil de loisirs
MJC ST GERVAIS



NOM de l'enfant	
Prénom de l'enfant	
Date de naissance	
Classe rentrée Sept 24 :	
Ecole :	

Responsable(s) Légal(aux)	Parent 1	Parent 2
Nom		
Prénom		
Adresse		
Mail		
Tel domicile		
Tel mobile		
Tel travail		

Personnes à prévenir en cas d'urgence (autres que les parents) & autorisées à venir chercher l'enfant		
Nom, Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

Régime de sécurité sociale : Régime général MSA Autre :

N° de sécurité sociale auquel est rattaché l'enfant :

Numéro d'allocataire CAF :

QF CAF à la date d'inscription (si inférieur à 1000) :

Si l'enfant doit être confié à une autre personne que le représentant légal à la sortie de l'accueil de loisirs, les parents devront en avvertir le responsable de la structure par un justificatif écrit. La personne désignée pour la prise en charge de l'enfant devra présenter une pièce d'identité aux animateurs. Dans le cas contraire, l'enfant ne sera pas remis à cette personne.

Les enfants de plus de 6 ans peuvent repartir seul de l'accueil de loisirs à 17h30, seulement sur autorisation écrite délivrée par les parents, soit permanente, soit précisément datée.

SI L'ENFANT RENTRE SEUL (plus de 6 ans uniquement), veuillez remplir l'autorisation suivante :

Je soussigné, représentant légal de l'enfant, l'autorise à partir seul de l'accueil de loisirs à 17h30.

Nom et signature :

INFORMATIONS IMPORTANTES CONCERNANT L'ENFANT :

* Vaccinations :

Vaccins obligatoires :

- Diphtérie oui non
Tétanos oui non
Poliomyélite oui non Ou DT Polio oui non / Ou Tétracoq oui non

Vaccins recommandés :

- BCG oui non
Hépatite B oui non
Rub-Oreill- Roug. oui non
Coqueluche oui non
Autres oui non Si oui, préciser :

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

* Renseignements médicaux :

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

- | | | | | | |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|------------|------------------------------|------------------------------|
| Rubéole | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Angine | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Varicelle | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Scarlatine | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Coqueluche | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Otite | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Rougeole | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Oreillons | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Rhumatisme articulaire aigu | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | | | |

- L'enfant manifeste-t-il des allergies ?

- | | | | | | |
|--------------|------------------------------|------------------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------|
| asthme | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | médicamenteuses | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| alimentaires | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | autres | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

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

* En cas d'hématome :

J'autorise l'administration d'Arnica sous forme de crème ou granules homéopathiques oui non

* Pour les enfants qui font l'objet d'un PAI, merci de nous le signaler et de bien vouloir prendre RV avec la directrice/le directeur préalablement à l'inscription.

Si votre enfant a un traitement à prendre pendant sa présence à l'accueil de loisirs, fournir l'ordonnance et les médicaments correspondants dans leur emballage, marqués au nom de l'enfant (sans quoi nous ne pourrions lui administrer). A remettre aux responsables / Ne pas laisser dans le sac de l'enfant.

* Difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation ...) / Précautions à prendre / Recommandations des parents / Régime alimentaire particulier :

Je soussigné,, agissant en qualité de père / mère / tuteur légal de l'enfant désigné ci-dessus :

- AUTORISE le responsable du centre de loisirs à prendre les dispositions nécessaires en cas d'intervention médicale urgente
- AUTORISE la MJC à diffuser l'image de mon enfant pour illustrer ses outils de communication
- AUTORISE mon enfant à participer à toutes les activités proposées par l'accueil de loisirs
- CERTIFIE avoir pris connaissance du fonctionnement de l'accueil de loisirs et l'accepte
- AUTORISE la MJC à consulter nos données personnelles mentionnées sur le site de la CAF pour le calcul du tarif de l'accueil de loisirs.
- DECLARE exacts les renseignements portés ci-dessus et m'engage à les réactualiser si nécessaire

A Saint Gervais, le _____
Nom et Signature,