

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Accueil de loisirs  
MJC ST GERVAIS



|                          |  |
|--------------------------|--|
| NOM de l'enfant          |  |
| Prénom de l'enfant       |  |
| Date de naissance        |  |
| Matin                    | <input type="radio"/> déposé à l'accueil de loisirs <input type="radio"/> navette Contamines |
| Soir                     | <input type="radio"/> repris à l'accueil de loisirs <input type="radio"/> navette Contamines |
| Classe rentrée Sept 23 : |  |
| 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 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 :

**SI UNE TIERCE PERSONNE (AUTRE QUE LES RESPONSABLES LEGAUX) DOIT VENIR CHERCHER L'ENFANT, MERCI DE NOUS INDIQUER SON NOM PAR ECRIT LE MATIN-MEME. SEULES LES PERSONNES MAJEURES POURRONT VENIR CHERCHER LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS.**

**INFORMATIONS IMPORTANTES CONCERNANT L'ENFANT :**

**\* Vaccinations :**

Vaccins obligatoires :

- Diphthérie  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 aigü | <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 pourrons 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,