



# Fiche de renseignements - Accueil de loisirs 2020 - 2021

## ENFANT

(Merci de remplir une fiche par enfant dans la famille)

Nom		Prénom		Sexe	F – M
Né(e) le		A		Age	
Classe en 2020 / 2021		Ecole ou RPI fréquenté			

## RESPONSABLE LEGAL

	Responsable légal	Conjoint
Madame, Mademoiselle, Monsieur (Nom-Prénom)		
Adresse / Code postal / Commune		
Téléphone fixe / Téléphone portable	Fixe : Portable :	Fixe : Portable :
Noms des personnes autorisées à prendre mon enfant au centre ou à l'arrêt du bus	Nom / Prénom :  Nom / Prénom :  Nom / Prénom :	Téléphone :  Téléphone :  Téléphone :
Personne interdite de visite	Nom / Prénom :	
Adresse mail (pour recevoir les informations du service en direct)		
Régime : Général : <input type="checkbox"/>	Agricole : <input type="checkbox"/>	Autres : <input type="checkbox"/>
Allocataire CAF <input type="checkbox"/> N° d'allocataire : (Feuille verte à joindre)	Allocataire MSA <input type="checkbox"/> N° d'allocataire :	

## COORDONNEES PROFESSIONNELLES DES PARENTS

Métier et employeur du chef de famille	Métier et employeur du conjoint
Téléphone lieu de travail	Téléphone lieu de travail

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler tous changements,  
 Autorise mon enfant à repartir seul à son domicile à l'issue de la journée de l'accueil de loisirs :  
 OUI  NON,  
 Autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre le cas échéant toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de mon enfant,  
 **Autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par l'accueil de loisirs (il n'y aura plus d'autorisation de sortie distribuée pendant l'accueil),**  
 Autorise mon enfant à prendre le bus lors des activités extérieures,  
 Mon enfant sait nager :  OUI  NON et j'autorise mon enfant à aller à la piscine :  OUI  NON  
 J'autorise mon enfant à pratiquer tous les sports  OUI  NON  
 Autorise mon enfant à être photographié et filmé par l'accueil de loisirs et autorise la CC du Sud-Artois à utiliser ces photos dans le cadre de sa communication (journaux, panneaux d'affichage, site internet...).

Fait à ..... Le .....

Signature

# Fiche Médicale

## L'enfant

Nom-prénom : ..... Sexe :  F ou  G  
Né(e) le : ...../...../..... à ..... âge : .....ans

## Responsable

Parents	Responsable légal	Conjoint
Nom - Prénom		
Téléphone en cas d'urgence		

## Informations médicales

Médecin traitant		Ville		Téléphone	

P.A.I. (Protocole d'Accueil Individualisé)  Oui  Non

## Vaccination

**Joindre obligatoirement une copie du carnet de vaccination à jour. Pour les vacances suivantes et s'il n'y a pas eu de nouveaux vaccins, nous garderons les photocopies du carnet.**

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication. Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre indication.

## Allergies (cocher les cases correspondantes)

	Asthme	Médicamenteuse	Alimentaire	Autre
OUI				
NON				
Préciser				

**NB : En cas d'automédication, merci de le signaler et de joindre le protocole de soin avec ordonnance récente.**

## Maladies

L'enfant suit-il un traitement pendant le centre ?  OUI  NON

**NB : Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. (Les médicaments doivent être dans leur emballage d'origine avec la notice)** Dans le cas contraire, aucun traitement ne pourra être donné.

Rubéole		Varicelle		Oreillons		Rougeole		Scarlatine	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Coqueluche		Otite							
OUI	NON	OUI	NON						

## Autres recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ou des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), précisez les précautions à prendre :

.....  
.....  
.....

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à ....., le ...../...../2021

Signature : « Lu et approuvé »