

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ACCUEIL DE LOISIRS « LES COPAINS »

ENFANT

NOM : **Prénom** :

Date de naissance : **SEXE** : F M

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE FOYER OU VIT L'ENFANT	
RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Beau-Père <input type="checkbox"/> Belle-Mère <input type="checkbox"/> Autre : NOM Prénom :) PORTABLE : ☎ PROFESSIONNEL :	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Beau-Père <input type="checkbox"/> Belle-Mère <input type="checkbox"/> Autre : NOM Prénom :) PORTABLE : ☎ PROFESSIONNEL :
☎ DOMICILE : CP : COMMUNE : ADRESSE : ADRESSE ELECTRONIQUE @ : Acceptez-vous de recevoir les factures par mail ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Situation de famille : célibataire mariés vie maritale divorcés ou séparés veuf (ve)

En cas de séparation : Qui a la garde de l'enfant ? Père Mère
 Destinataire des factures Père Mère

Numéro allocataire CAF : **Quotient Familial** :
Autre Régime (préciser) :

INFORMATIONS SANITAIRES

L'enfant est-il à jour de ses vaccins :

OUI NON

Joindre **OBLIGATOIREMENT** une photocopie des pages « vaccination » du carnet de santé de votre enfant

Allergies :

Asthme : NON OUI
 Alimentaire : NON OUI si oui lesquelles.....
 Médicamenteuse : NON OUI si oui lesquelles.....
 Maquillage : NON OUI

Problèmes médicaux à signaler et recommandations utiles des parents :

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

Nom du médecin traitant :

 TELEPHONE :

L'enfant suit-il un traitement qui nécessite un Projet d'Accueil Individualisé ?

OUI NON

(Si oui veuillez nous fournir une copie du PAI)

Votre enfant sait-il nager ? OUI NON

Si votre enfant a son brevet de natation veuillez nous en fournir une copie.

AUTORISATIONS

Personnes autres que les parents autorisées à récupérer l'enfant

NOM Prénom	Lien avec l'enfant	Numéro de téléphone

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant.....

* déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

* autorise le responsable de l'Accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

*Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte les modalités (règlement affiché dans les locaux, accessible en ligne et remis sur simple demande).

*Autorise la prise de photos et leur utilisation pour la promotion ou la décoration des locaux (sans finalité commerciale, ni vente à des tiers) : OUI NON

A, le.....

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »