

Merci d'écrire lisiblement

 Cadre réservé à l'administration Vacances Péri-scolaire**IDENTITÉ DU JEUNE CONCERNÉ**

Nom : Prénom :

Né(e) le : Sexe : M F Autre

Classe : Établissement scolaire:

Garde alternée : Non Oui**RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX** Père Mère Autre (préciser) :

Nom : Prénom :

Adresse :

Commune/CP : Mail :

N° de portable: N° professionnel:

 Père Mère Autre (préciser) :

Nom : Prénom :

Adresse :

Commune/CP : Mail :

N° de portable: N° professionnel:

 Père Mère Autre (préciser) :

Nom : Prénom :

Adresse :

Commune/CP : Mail :

N° de portable: N° professionnel:

Situation des parents :

 Mariés Pacsés En concubinage Séparés Divorcés Célibataire Veuf(ve)

Pour les parents ayant un lieu de vie différent, merci de cocher à qui adresser par mail les documents administratifs (factures, etc.) et d'information :

 Père Mère Autre (préciser) :

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom/Prénom : N° de port : Lien relationnel :

Nom/Prénom : N° de port : Lien relationnel :

Autres informations (+ cf. documents complémentaires à fournir)

 CAF MSA Autre (préciser) :

N° allocataire : Quotient familial :

N° de sécurité sociale couvrant l'enfant :

Nous vous informons de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance couvrant les dommages corporels auxquels les activités pratiquées peuvent exposer votre enfant.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Régime alimentaire : Non Oui, préciser :

Traitement médical : Non Oui

(Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants avec le nom de l'enfant sur l'emballage d'origine et la notice – Aucun médicament pris sans ordonnance).

Allergies : Non Oui, préciser (y compris la conduite à tenir) :
.....
.....

Vaccinations : J'atteste que mon enfant est à jour

Une rencontre avec l'équipe d'animation doit être prévue avant chaque accueil si :

- PAI (Projet d'accueil Individualité) : Non Oui

- Situation de handicap : Non Oui, préciser :

Recommandations utiles - précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, des prothèses dentaires ou auditives, etc. :

Autres difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

Nom du médecin traitant : N°de tel :

AUTORISATIONS

J'autorise le personnel à **photographier** ou **filmer** mon enfant, dans la mesure où les films et images ne seront utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement (plaquettes de communication, presse, réseaux sociaux) : Non Oui

Uniquement pour le temps des vacances scolaires :

J'autorise mon enfant à **rentrer seul** à la fin du temps d'accueil (sauf en soirée) : Non Oui

J'autorise mon enfant à **rentrer accompagné** par :

Nom/Prénom : N°de port : Lien relationnel :

Nom/Prénom : N°de port : Lien relationnel :

DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES À FOURNIR

- Photocopie du carnet de vaccination ou attestation du médecin certifiant que votre enfant est à jour
- Attestation de Quotient Familial + le cas échéant, Attestation Temps Libre CAF ou Bons vacances MSA / ou avis d'imposition le plus récent (**sans un de ces documents, le tarif le plus élevé est appliqué**)
- PAI (Projet d'Accueil Individualisé) si concerné
- Pass Nautique (Attestation d'aisance Aquatique ou « Savoir Nager ») – sauf pour ceux l'ayant déjà transmis

Je soussigné(e)..... certifie exacts les renseignements portés dans ce dossier, déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement de la structure ainsi que de son règlement intérieur et consens à ce que :

- L'équipe d'animation prend les mesures d'urgences en cas d'accident impliquant mon enfant (médecin, SAMU, Pompiers, hospitalisation, anesthésie)
- L'équipe d'animation transporte mon enfant dans les véhicules assurés par la structure dans le cadre des déplacements de groupe ou à le faire transporter (bus, train, etc.).

Signature du (ou des) responsable(s) légal(aux) de l'enfant :

Le/...../20.....