

Merci d'écrire lisiblement

Cadre réservé à l'administration

☐ Vacances

☐ Périodique

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 prenne 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 :