

L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / / Sexe :

Ecole / Classe:

Enseignant:

Régime alimentaire (sans porc, sans viande, allergie, autre...):

LES RESPONSABLES

	Responsable Légal n°1 (Chez qui vit l'enfant)	Responsable Légal n°2
	Père Mère Tuteur	Père Mère Tuteur
Lien de parenté		
Nom		
Prénom		
Adresse		
CP/Ville		
Tél. domicile		
Tél. portable		
@ Mail		
Nom de l'employeur		
Emploi		
Tél. travail		
Situation familiale		

Relevez-vous du régime général de la CAF : Oui Non

N° Allocataire CAF : Nom de l'allocataire.....

Si autre régime, préciser l'organisme et le numéro d'affiliation :

Liste des personnes autorisées à venir chercher mon enfant

Nom	Prénom	Téléphone
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-

AUTORISATIONS

	OUI	NON
Autorise mon enfant à partir seul		
Autorise le centre à photographier mon enfant et à diffuser éventuellement les photos prises		
Autorise le centre à consulter mon dossier d'allocataire pour connaître mon Quotient Familial		

Je soussigné(e) père, mère, tuteur :

- Déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement et du règlement intérieur,
- Autorise la directrice à prendre toute mesure d'urgence en cas de maladie ou accident,
- Autorise l'équipe d'animation à faire les premiers soins en cas de blessures bénignes conformément à la réglementation en vigueur
- M'engage en cas de PAI à fournir les médicaments et le protocole
- Je suis informé(e) du traitement opéré sur les données personnelles transmises, du délai de conservation et du moyen mis à ma disposition pour exercer mes droits
- Autorise la saisie des données médicales et personnelles sur le portail famille
- Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur
- M'engage à fournir un dossier complet dûment complété avec:
 - Fiche sanitaire
 - Photocopie des vaccins
 - Justificatif d'assurance RC individuelle ou scolaire

Fait à..... Le.....

Signature précédée de la mention
« Lu et approuvé »

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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