

Accueil de Loisirs Périscolaire

Cdc du canton de Tinchebray

Tinchebray Bocage (Frênes, St Cornier des Landes, Tinchebray) et Montsecret-Clairefougère

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2016-2017

OBLIGATOIRE pour inscrire votre enfant à l'accueil du matin, soir et au service de restauration scolaire

ETAT CIVIL DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : / / Sexe : Masculin Féminin

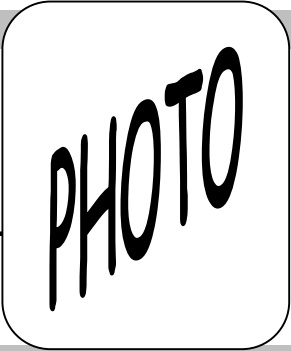
Adresse :

Code Postal : Ville :

Ecole : Classe :

Ramassage scolaire : jamais

oui, précisez le lieu : matin soir



RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Père et Mère Père Mère Tuteur

	1 ^{er} Responsable	2 ^{ème} Responsable
Nom Prénom		
Adresse		
Commune Code postal		
Téléphone domicile		
Portable		
E-mail		
Profession		
Facturation :	<input type="checkbox"/> au nom du 1 ^{er} responsable OU <input type="checkbox"/> partagée entre les 2 responsables.	



1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

Année scolaire 2016-2017

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles ; elle évite de vous démunir de votre carnet de santé

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI NON VARICELLE OUI NON ANGINE OUI NON RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI NON SCARLATINE OUI NON

COQUELUCHE OUI NON OTITE OUI NON ROUGEOLE OUI NON OREILLONS OUI NON

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MÉDICAMENTEUSES OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

REGIME

 CAF MSA AUTRE**NUMERO D'ALLOCATAIRE****N° sécurité sociale :****QUOTIENT FAMILIAL** < à 510 entre 511 et 1000 > à 1001

Pour les allocataires CAF : demander à votre CAF un justificatif ou j'autorise la responsable à consulter « CAF PRO » (site de la CAF réservé aux agents habilités) pour connaître mon quotient familial

Pour les autres allocataires : demander un justificatif auprès de votre organisme.

Je ne souhaite pas donner ces informations, je bénéficierai de la tarification de base.

ASSURANCE

Compagnie d'Assurance périscolaire scolaire : N° de police :

FRÉQUENTATION

Pendant l'année scolaire, mon enfant sera amené à fréquenter :

Le restaurant scolaire, sur le site de :

L'accueil du matin et/ou du soir, sur le site de :

Le centre de loisirs de la cdc à Chanu

Pour inscrire mon enfant : je remplis le bon de réservation et le transmets à l'Accueil **au moins 8 jours avant** par papier.

AUTORISATION

Je soussigné (e) M., agissant en qualité de responsable légal de l'enfant..... l'autorise à participer à toutes les activités organisées sur les temps périscolaires (restauration, accueil matin et soir et mercredi AM)

En cas d'indisponibilité, j'autorise M..... à récupérer mon enfant.

J'accepte l'utilisation et l'exploitation de l'image de mon enfant (affichage photos, site internet de la CdC...).

Je déclare avoir lu et approuvé le règlement intérieur 2016-2017 et m'engage à respecter les délais d'inscription et de désistement.

Fait à Le/...../.....

Signature :

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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

oui non

SI LE S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : PRENOM :
ADRESSE (pendant le séjour) :

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

N° SÉCURITÉ SOCIALE :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :

DE LA CMU

D'UNE PRISE EN CHARGE S.S. À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendus nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES