



Fiche de renseignements - Année scolaire 2018 -2019

RESTAURANT SCOLAIRE
ACCUEIL DE LOISIRS PÉRI ET EXTRASCOLAIRE
POINT-JEUNES

Photo

Cadre réservé à l'administration

Q.F. :

Documents à joindre obligatoirement

- Copie des pages vaccination et maladies contagieuses du carnet de santé
Attestation d'assurance scolaire responsabilité civile

ENFANT

- un seul enfant par fiche -

Table with 4 columns: NOM ET PRENOM DE L'ENFANT, CLASSE, AGE, DATE DE NAISSANCE

Etablissement scolaire : .....

Téléphone portable du jeune : .....

RESPONSABLES LEGAUX

E-MAIL - écrire lisiblement SVP - : .....@.....

Je souhaite recevoir des informations par mail du service enfance et jeunesse enfancejeunesse@saintnazaire.eu : oui non

Table for legal responsible information with columns for Père (ou Tuteur) and Mère (ou Tutrice) and rows for NOM/PRENOM, ADRESSE, PROFESSION, TEL DOMICILE, TEL PORTABLE, TEL TRAVAIL

Situation familiale Marié(e) Union Libre séparé(e) divorcé(e)\* Veuf(ve)

\* joindre d'extrait de jugement de divorce et préciser les périodes en cas de garde alternée.

FACTURATION

- remplir cette partie pour bénéficier de réductions tarifaires -

CAF, n°allocataire : MSA, n° : Autre régime, préciser :

Nombre total d'enfants de la même famille fréquentant l'accueil de loisirs : ....

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

Table with 3 columns: NOM PRENOM, LIEN DE PARENTE (Grand-mère...), NUMERO DE TEL

## Fiche de renseignements – Année scolaire 2018 -2019

### SANTÉ

#### VACCINS

OBLIGATOIRES	DATE	RECOMMANDES	DATE
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Hépatite B	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT polio		Coqueluche	
Ou Tétracoq		Autres (préciser)	

*SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION*

#### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?     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.

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

#### 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)

.....

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

.....

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

.....

### AUTORISATIONS

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

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et du projet pédagogique de l'accueil de loisirs téléchargeables sur le site internet de la Mairie [www.saint-nazaire-en-roussillon.fr](http://www.saint-nazaire-en-roussillon.fr).

Autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs et à utiliser les moyens de transport prévus par le centre. Autorise le responsable de l'Accueil de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

- J'autorise mon enfant à participer aux activités nautiques et de baignade :  oui     non
- Mon enfant sait nager :     non     oui, au moins 25 mètres     oui, au moins 50 mètres
- J'autorise mon enfant à être pris en photo et filmé, dans le cadre des activités pratiquées à l'accueil de loisirs (exposition et site internet de la mairie, article de presse) :     oui     non
- Point-jeunes : J'autorise mon enfant à rentrer seul :  
 non             oui, quand il le souhaite             oui, mais uniquement à l'heure de fermeture.

Date et Signature :

.....