

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ACCUEIL DE LOISIRS 2020/2021

ENFANT

NOM :

Date de naissance :

Prénom :

Lieu de naissance :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

PERE

MERE

NOM :

NOM :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

Tél. Domicile

Tél. Domicile

Tél. Portable

Tél. Portable

Tél. Travail

Tél. Travail

Employeur

Employeur

Email

Email

REGIME ALLOCATAIRE

CAF

MSA

N° d'allocataire

Quotient Familial

Date d'effet

AUTORISATION DE DIFFUSION

Je soussigné Monsieur, Madame

Autorise l'équipe d'animation de la commune de Chauray à diffuser des représentations photographiques ou des créations (dessins, écrits, photographies et toutes sortes de réalisations intellectuelles) que mon enfant serait amené à réaliser dans le cadre de l'accueil de loisirs organisé par la commune de Chauray. Autorise leur publication ou diffusion (à des fins non-commerciales) sans contrepartie financière dans le cadre de présentation de bilan d'activités, de projets d'animation, sur le site internet de la commune et les publications d'informations municipales. Autorise la fixation matérielle de ces créations par tous procédés techniques sur tous les supports et en tous format, tels que cédérom, dévédérom, ainsi que leur transmission ou stockage permanent dans un support de masse ou via un réseau y compris internet.

A Chauray, le

Signature :

(Ajouter la mention manuscrite
"lu et approuvé, bon pour accord")

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Vaccination Obligatoire : Diphtérie - Tétanos - poliomyélite à jour :

oui	non
-----	-----

Date du dernier rappel

--

(A remplir par l'organisateur)

Toutes vaccinations non à jour et non justifiée par un certificat médical fera l'objet d'un signalement auprès de la médecine scolaire ou de la P.M.I

MALADIES : Angine

 Rougeolle

 Varicelle

Coqueluche

 Rubéole

Oreillons

 Scarlatine

PORT DE : Lentilles

 Lunettes

Prothèse: auditives

 dentaires

Autres

Dispositions particulières pour les accueils de loisirs :

- Si votre enfant, durant son séjour, doit bénéficier d'un traitement médical,
- une ordonnance récente précisant la posologie sera déposée auprès du directeur de centre
- avec les médicaments dans leur emballage d'origine, la notice d'utilisation et l'accord des responsables légaux

SANTE DE L'ENFANT

ALLERGIES et/ou TROUBLES ALIMENTAIRES :

oui	non
-----	-----

Préciser :

ASTHME :

oui	non
-----	-----

AUTRE DIFFICULTE DE SANTE :

oui	non
-----	-----

P.A.I. EXISTANT (Fournir au directeur du centre une copie du P.A.I. avec le protocole d'urgence et la trousse médicale) :

oui	non
-----	-----

ALLERGIE MEDICAMENTEUSE :

oui	non
-----	-----

Préciser le médicament :

REPAS SPECIAUX : Sans porc

 Végétarien

Sans poisson

 Autres

AUTORISATION DU RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné, Monsieur ou Madame,

Responsable de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'enfant à participer à l'accueil de loisirs de la ville de Chauray. Le cas échéant, j'autorise le ou la responsable de l'accueil de loisirs à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'ai pris bonne note ainsi que mon enfant du règlement intérieur remis lors de l'inscription et nous nous engageons à le respecter. Ayant eu connaissance du règlement intérieur et des horaires d'accueil de mon enfant, déclare que je m'assurerai de la présence effective des animateurs et personnel de garderie, et que nous déchargeons de toute responsabilité les responsables de l'accueil de loisirs.

A Chauray, le

Signature :

(Ajouter la mention manuscrite
"lu et approuvé, bon pour accord")