



DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire 2018– 2019

NOM : Prénom :
Sexe : M F
Né(e) le/...../..... Lieu de naissance :
Ecole fréquentée : Classe :
Adresses de résidence de l'enfant :
Adresse 1 :
Adresse 2 :

FAMILLE DE L'ENFANT / NUMEROS D'URGENCE

Responsables légaux : en cas de séparation, il est indispensable de renseigner les adresses des deux responsables légaux et de fournir une photocopie de la décision du tribunal.

| | PERE | MERE | AUTRE |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Autorité parentale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| NOM | | | |
| Prénom | | | |
| Adresse (si différente de celle de l'enfant) | | | |
| Profession | | | |
| Employeur | | | |
| Tél domicile | | | |
| Tél portable | | | |
| Tél travail | | | |
| Adresse mail | | | |

Régime assurance sociale : CAF MSA Autre

Joindre l'attestation quotient familial

N° d'allocataire : / N° de sécurité sociale :

Frères et sœurs :

| Nom Prénom | Date de naissance | Ecole | Classe |
|------------|-------------------|-------|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

QF :

TRANCHE :

SANTE ET ASSURANCE

Protocole ou suivi médical

➤ Indiquer :

✓ Problèmes de santé, allergies ou contre-indications :

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

✓ Recommandations des parents (régime alimentaire, précautions diverses...):

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

✓ Port de lunettes: Tout le temps Uniquement pour les activités calmes.

➤ Joindre la photocopie des vaccins.

➤ Si traitement médical : fournir l'ordonnance et le protocole.

➤ Selon l'article R 227-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles nous sommes tenus de vous informer qu'en tant que responsables légaux de mineur, il est de votre intérêt de souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels votre enfant peut être exposé lors des activités auxquels il participe.

Compagnie d'assurance : N° de contrat :

AUTRES ADULTES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom et prénom :

Lien avec l'enfant :

Adresse :

Tél 1 :

Tél 2 :

A appeler en cas d'urgence

Autorisé à prendre l'enfant en cas d'urgence

Nom et prénom :

Lien avec l'enfant :

Adresse :

Tél 1 :

Tél 2 :

A appeler en cas d'urgence

Autorisé à prendre l'enfant en cas d'urgence

AUTORISATIONS

| | | | |
|--------|---|--------|---|
| Mère : | <input type="checkbox"/> J'autorise que les prises de vue de mon enfant (photos ou vidéos) soient utilisées sur tous les supports dans le cadre de la communication de la CCPL pour une durée illimitée. <input type="checkbox"/> J'autorise uniquement l'utilisation en interne. <input type="checkbox"/> J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par l'accueil de loisirs. <input type="checkbox"/> J'autorise mon enfant à voyager par moyen de transport collectif. <input type="checkbox"/> J'autorise mon enfant à être maquillé. <input type="checkbox"/> J'autorise l'utilisation de mes coordonnées téléphoniques et mail. | Père : | <input type="checkbox"/> J'autorise que les prises de vue de mon enfant (photos ou vidéos) soient utilisées sur tous les supports dans le cadre de la communication de la CCPL pour une durée illimitée. <input type="checkbox"/> J'autorise uniquement l'utilisation en interne. <input type="checkbox"/> J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par l'accueil de loisirs. <input type="checkbox"/> J'autorise mon enfant à voyager par moyen de transport collectif. <input type="checkbox"/> J'autorise mon enfant à être maquillé. <input type="checkbox"/> J'autorise l'utilisation de mes coordonnées téléphoniques et mail. |
|--------|---|--------|---|

FIN DES ACTIVITES

Lorsque des enfants fréquentent l'accueil de loisirs, les parents ont l'obligation de venir les chercher à la fin des activités.

Ils peuvent également être confiés à des personnes ayant reçu l'autorisation des parents.

Nous vous demandons de bien vouloir nous indiquer le nom de ces personnes, leur lien avec l'enfant et un numéro de téléphone.

En dehors de ces autorisations permanentes, seule une autorisation écrite de votre part permettra à une autre personne de récupérer votre enfant.

Dans tous les cas, les personnes autorisées devront se munir d'une pièce justifiant de son identité.

Nous soussignons,, père, mère, de l'enfant

- Autorisons les personnes indiquées ci-dessous à venir chercher notre enfant.

| Nom des personnes autorisées | Lien avec l'enfant | Téléphone |
|------------------------------|--------------------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

- Autorisons notre enfant à rentrer seul à la maison à partir de h.....

RAPPEL DES INFORMATIONS A FOURNIR

- Attestation d'assurance
- Photocopie des vaccinations
- Attestation de quotient familial ou à défaut avis d'imposition (N-2)
- Si traitement médical : l'original de l'ordonnance
- Si prélèvement automatique pour la facturation : Rib et contrat de prélèvement
- Si parents séparés : photocopie de la décision du tribunal
- Le règlement de fonctionnement signé par le(s) détenteur(s) de l'autorité parentale

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE

Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Fait le, à

Signature du père

Signature de la mère