

ÉCRIRE EN LETTRES CAPITALES

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

NOM : Prénom :

Date de naissance : Âge :

Lieu de naissance :

Téléphone (domicile) :

Adresse principale:

Adresse e-mail du responsable de l'enfant:

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Régime d'Allocation Familiale : CAF MSA Ain/Rhône MSA Ardèche/Drôme/ Loire

MSA autre précisez :

- Si MSA : numéro de Sécurité Sociale attaché

RESPONSABLES DE L'ENFANT

Responsable légal 1 :

NOM : Prénom :

Adresse (si différente) :

Profession et nom de l'employeur..... Tel Pro :

Téléphone : Portable :

Situation familiale (cocher la case correspondante)

Marié (e) Célibataire Séparé (e) Divorcé(e) Veuf(ve) Pacsé(e) Vit maritalement

Adresse e-mail (si différente) :

Responsable légal 2 :

NOM : Prénom :

Adresse (si différente) :

Profession et nom de l'employeur..... Tel Pro :

Téléphone : Portable :

Situation familiale (cocher la case correspondante)

Marié (e) Célibataire Séparé (e) Divorcé(e) Veuf(ve) Pacsé(e) Vit maritalement

Adresse e-mail :

AUTRE PERSONNE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM : Prénom :

Téléphone : Portable :

AUTORISATIONS

Je soussigné(e)responsable de l'enfant, **autorise**

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Un tiers à venir chercher mon enfant (précisez ci-dessous) |
|---|--|

NOM : Prénom :

Tél : Tél portable :

NOM : Prénom :

Tél : Tél portable :

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | A faire pratiquer en cas de nécessité tous les soins d'urgence, éventuellement sous anesthésie, selon les prescriptions des médecins. |
| <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Le départ de mon enfant seul après 17h |
| <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | L'utilisation éventuelle d'images (photos, vidéos) représentant mon enfant pour illustrer les publications du centre, des reportages de la presse locale ou pour des expositions photos éventuelles, ainsi que le site internet du Centre Socioculturel des Hauts du Lyonnais |

FICHE SANITAIRE

Nom du médecin traitant : ville : Tel :

Lieu d'hospitalisation souhaité : ville : Tel :

Vaccinations :

Joindre une photocopie du carnet de vaccination.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? Rubéole varicelle angine rougeole

scarlatine coqueluche otite oreillons

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.

•Précisez ci-après les **allergies** (Asthme ? Médicamenteuse ? Autres...) ou **régime(s) alimentaire(s) particulier(s)** de l'enfant en indiquant LA CONDUITE A TENIR :

•Indiquez ci-après les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les PRECAUTIONS A PRENDRE :

•Autres(s) remarque(s) éventuelle(s) :

ATTESTATIONS

Je soussigné(e) **atteste**

1. Avoir souscrit une assurance couvrant mon enfant dans la pratique des activités EXTRA-SCOLAIRE.
2. L'exactitude des renseignements portés sur cette fiche.
3. M'engager à signaler tout changement de situation au plus vite.
4. Je déclare accepter les conditions générales de l'inscription et avoir pris connaissance des projets associatifs et pédagogiques de la structure.
5. Je certifie avoir lu le règlement intérieur des accueils de loisirs 2020-2021 et en accepte les modalités.

Fait à....., le

Signature du ou des responsable(s) légal(aux)

Précédé de la mention « lu et approuvé »