

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

L'enfant

Nom : Prénom : Sexe F M
Date de naissance :/...../..... Age :
Etablissement scolaire fréquenté :

Responsables légaux de l'enfant

Père Mère Famille d'accueil Autre (précisez) :
Nom : Prénom :
Situation familiale.....(si l'un des parents n'était pas autorisé par décision de justice à venir chercher l'enfant, une copie de cette décision devra être fournie)
Adresse :
Code Postal : Ville :
Tél. portable : Tél. domicile : Email :
Tél. Professionnel : Profession : Employeur :

Père Mère Famille d'accueil Autre (précisez) :
Nom : Prénom :
Situation familiale.....(si l'un des parents n'était pas autorisé par décision de justice à venir chercher l'enfant, une copie de cette décision devra être fournie)
Adresse :
Code Postal : Ville :
Tél. portable : Tél. domicile : Email :
Tél. Professionnel : Profession : Employeur :

Régime familial dont dépend l'enfant

Général (CAF) – n°allocataire : bons CAF
 Agricole (MSA) – n° allocataire (n° de sécu) : bons MSA
 Autre (précisez) :
MSA et CAF autre que 56 : joindre au dossier, la copie de l'attestation où figure votre Quotient Familial.
Si vous n'avez pas de numéro allocataire, merci de nous communiquer votre avis d'imposition N-1 pour le calcul du quotient familial

Renseignements médicaux concernant l'enfant

Nom et téléphone du médecin traitant :

L'enfant a-t-il des allergies :

Alimentaires : Oui Non Si oui, précisez :

Médicamenteuses : Oui Non Si oui, précisez :

Autres (animaux, pollen...) : Oui Non Si oui, précisez :

L'enfant suit-il un régime alimentaire Oui Non Si oui, précisez :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (en cas de Projet d'Accueil Individualisé ou protocole, merci d'en fournir une copie) :

Recommandations utiles des parents : (veuillez préciser si votre enfant est porteur d'un handicap, porte des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, s'il a eu des maladies, accident, crises convulsives, opérations et les précautions à prendre) :

L'enfant est-il suivi par un organisme spécialisé ? Oui Non

Si oui, lequel ?

Photocopie des vaccins du carnet de santé à joindre impérativement (le DT Polio est le seul vaccin obligatoire)

Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance.

Autorisations

Je soussigné(e) Madame, Monsieur, responsable de l'enfant (NOM et Prénom) déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et :

Autorise mon enfant à participer aux activités organisées par la structure et à utiliser les transports mis en place par la structure pour s'y rendre,

Autorise mon enfant à quitter l'accueil collectif de mineurs (ou le lieu de ramassage de car) seul ? Oui Non

Si non, personnes autorisées à prévenir en cas d'urgence et à récupérer l'enfant (autre que les parents) :

	A prévenir en cas d'urgence	Autorisé à récupérer l'enfant
Nom : Prénom : Qualité : N° de téléphone :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom : Prénom : Qualité : N° de téléphone :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom : Prénom : Qualité : N° de téléphone :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom : Prénom : Qualité : N° de téléphone :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Merci de prévenir les personnes concernées de se présenter munies d'une pièce d'identité

Autorise le représentant de l'établissement public « Ploërmel Communauté » à utiliser la voix et l'image de dont je suis le/la représentant(e), pour la promotion des actions relatives au service jeunesse. En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, j'autorise « Ploërmel Communauté » à utiliser cet enregistrement vocal ou cette image sur tous supports et à toutes dimensions dans le respect de mon intégrité et sans porter atteinte à la vie privée ou à la réputation. Je me reconnais être en pleine possession de mes droits et suis informé(e) que je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Oui Non

Autorise les responsables de l'accueil collectif de mineurs à consulter le site CAFPRO et conserver mon numéro d'allocataire afin de déterminer les tarifs qui me seront appliqués : Oui Non

Autorise le personnel à avoir recours aux secours d'urgence si l'état de l'enfant le nécessite

Décharge la structure de toutes responsabilités en cas de perte d'objets, de vêtement de l'enfant

M'engage à ne déposer et à ne reprendre mon enfant qu'en présence d'un animateur (s'il n'est pas autonome)

Il est vivement conseillé d'être couvert par une assurance responsabilité civile.

M'engage à informer les responsables de la structure de toutes modifications relatives à la situation administrative, familiale et sanitaire de mon enfant.

Souhaite recevoir mes factures par Mail Courrier

Atteste avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et m'engage à le respecter dans sa globalité (horaires, tarifs, organisation...).

Fait à, le/...../.....

Signature
précédée de la mention « lu et approuvé »