

2023-2024

| | | |
|--|---------------------------------|-------------------|
| FICHE DE RENSEIGNEMENTS | ENFANT : | |
| | NOM : _____ | |
| | Prénom: _____ | |
| | Date de naissance : _____ | |
| | GARCON <input type="checkbox"/> | POIDS : _____ kg |
| | FILLE <input type="checkbox"/> | TAILLE : _____ cm |

• **Responsable légal de l'enfant**

Nom : Prénom :
 Adresse :
 Code postal : Commune :
 Tél domicile : Portable :
 Adresse mail :@.....
 Dépendez-vous du régime de la sécurité sociale ? Oui Non
 Si non, duquel :
 N° allocataire CAF :
 N° Sécurité Sociale :/.....

Profession :
 Employeur : Tél travail :

Assurance responsabilité civile :

Compagnie : n° contrat :
 joindre attestation d'assurance extra-scolaire (obligatoire)

• **Nom, prénom de l'autre parent :**

Profession :
 Employeur : Tél :

Situation de famille

- marié(e) célibataire
 divorcé(e) pacsé(e)
 veuf(ve) concubinage
 autre :

NB : Document en recto/verso

➤ **DROITS A L'IMAGE :**

Dans le cadre des activités que nous organisons avec les enfants, nous pouvons être conduits à réaliser des photographies et vidéos individuelles et de groupe, pour alimenter nos archives et agrémenter certains documents de communication de l'Accueil de Loisirs. L'image de votre enfant est donc susceptible de paraître dans ces documents (*presse, internet, plaquette d'infos, pages Facebook BLI et/ou Accueil de Loisirs, autres bulletins et expositions photos)

En l'inscrivant dans notre Accueil de Loisirs :

- Vous acceptez la prise de vue de votre enfant dans le cadre de ses activités manuelles (ex : cadre photo - aucune diffusion)
- Vous autorisez la diffusion de l'image de votre enfant sur la page FB du centre, le bulletin BLI, la presse locale etc.*
- vous n'autorisez ni la diffusion ni la prise de photo de votre enfant.

⇒ **Merci de cocher la ou les mention(s) utile(s) ↑**

AUTORISATIONS PARENTALES :

Je soussigné(e) :
 agissant en qualité de :

- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par l'Accueil de Loisirs, incluant les transports.
- Autorise les responsables de l'Accueil, en cas d'urgence, à faire pratiquer toute intervention jugée utile par le corps médical.
- Je m'engage à payer la part des frais incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle.

▪ autorise mon enfant :

 à partir **avec les personnes** dont les coordonnées suivent :

- nom : ☎ :
- nom : ☎ :
- nom : ☎ :
- nom : ☎ :
- nom : ☎ :

NOM Prénom de l'enfant :

VACCINATIONS :

Copie obligatoire du carnet de santé ou certificat médical de contre-indication

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | Date du dernier rappel | VACCINS RECOMMANDES | Date du dernier rappel |
|----------------------|-----|-----|------------------------|-------------------------------|------------------------|
| Diptérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rougeole Rubéole Oreillons | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| | | | | Autres (préciser) | |
| | | | | BCG | |

➤ **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX** :

• **Nom, tél du Médecin Traitant** :

• **Allergies** :

ASTHME : oui non **MEDICAMENTEUSES** : oui non

ALIMENTAIRES : oui non **AUTRES** :

Précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs, la conduite à tenir en cas d'urgence et fournir un certificat médical avec le protocole établi (si prescription médicale, fournir les médicaments prescrits dans les emballages d'origine).....

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, troubles divers, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

• **L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| RUBEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | RHUMATISMES ARTICULAIRES AIGUS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | |

• **Recommandations utiles des parents** :

(Port de lentilles de contact, de lunettes, de prothèses dentaires, auditives ou orthopédiques, trouble du comportement, trouble du sommeil, trouble alimentaire, énurésie, PAI, autre...)

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

Votre enfant sait-il nager ? Oui Non

(un test de vérification sera effectué par un MNS sur place)

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

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise les responsables de l'Accueil de Loisirs à prendre le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de mon enfant.

déclare avoir lu et approuver le règlement intérieur (consultable sur le site internet de BLI à l'adresse suivante :

www.bresselouhannaiseintercom.fr)

Date :

Signature :