

ENFANT

NOM : Prénom :

Né(e) le Fille Garçon

Ecole fréquentée : Classe à la rentrée :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Nom médecin traitant : N° de tél médecin traitant :

Indiquez ci-après les difficultés de santé en précisant les précautions à prendre :

.....
.....

Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.

.....
.....

→ Vaccinations

Fournir obligatoirement les photocopies du carnet de santé OU une attestation du médecin concernant la vaccination

→ Allergies

● *Alimentaire* : Oui Non

Si oui lesquelles ?
.....

● *Médicamenteuse* : Oui Non

Si oui lesquelles ?
.....

● *Autre* : Oui Non

Si oui lesquelles ?
.....

● *Asthme* : Oui Non

Si oui, automédication Oui Non

Si oui, fournir l'ordonnance médicale (de moins de 2 mois) et l'Annexe 3.

RESPONSABLE LEGAL

| RESPONSABLE LEGAL 1 | RESPONSABLE LEGAL 2 |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| NOM et Prénom : | NOM et Prénom : |
| Adresse : | Adresse : |
| CP : | CP : |
| Commune : | Commune : |
| Tél domicile : | Tél domicile : |
| Tél portable : | Tél portable : |
| E-mail : | E-mail : |
| Profession : | Profession : |
| Nom et adresse de l'employeur : | Nom et adresse de l'employeur : |
| | |
| | |
| | |
| Tél travail : | Tél travail : |

| |
|---|
| Famille d'accueil : |
| Adresse : |
| Tél domicile : Tél portable : |

SITUATION FAMILIALE

Joindre le rapport du juge en cas de garde alternée ou attribuée à l'un des deux parents

Mariés/pacsés Vie maritale Parent seul Séparés/divorcés*

* Dans ce cas, personne ayant la charge des enfants : Père Mère Garde alternée

Adresse de facturation : Père Mère Famille d'accueil

REGIME

Il est indispensable de nous communiquer votre numéro d'allocataire et une attestation de votre organisme de rattachement

CAF N° d'allocataire : Quotient :

RSA N° d'allocataire :

MSA N° d'allocataire : Quotient :

Autre (précisez) :

COMPAGNIE D'ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE / ACTIVITES EXTRASCOLAIRES

Nom : N° de contrat :

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

| Nom et Prénom | Téléphone domicile | Téléphone portable |
|---------------|--------------------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

AUTORISATIONS

① **J'autorise / je n'autorise pas** (*razer la mention inutile*) la Commune de Cleurie à accéder au quotient familial CAF via la plateforme de la CAF ;

② **J'autorise / je n'autorise pas** (*razer la mention inutile*) mon enfant à participer aux activités et à pratiquer les sports proposés par la structure ;

③ **J'autorise / je n'autorise pas** (*razer la mention inutile*) la prise de photos et de vidéos par les animateurs périscolaires lors des activités organisées par ceux-ci à des fins d'illustration dans différents supports de communication : presse, site internet de la collectivité, exposition etc. ;

④ **J'autorise / je n'autorise pas** (*razer la mention inutile*) les animateurs périscolaires à administrer le(s) médicament(s) prescrit par ordonnance à mon enfant selon les renseignements indiqués dans l'Annexe 3 et sur l'ordonnance médicale ;

⑤ **J'autorise / je n'autorise pas** (*razer la mention inutile*), en cas d'urgence médicale, le responsable du service périscolaire et extrascolaire (ou son représentant) à contacter un service d'urgence (Pompiers, SAMU) et/ou le médecin traitant, pour que puisse être pratiqués les soins nécessaires (hospitalisation, intervention chirurgicale...). Je serai averti(e) immédiatement par l'organisateur du déroulement de la situation.

⑥ Votre enfant présente-t-il des **contre-indications à la pratique de certaines activités** ?
 OUI NON Si oui, lesquelles ?.....
(si oui, merci de joindre un certificat médical)

Fait à, le

Signature du(des) responsable(s) légal(aux) précédée de la mention « lu et approuvé » :