

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Sexe :  F  M École : \_\_\_\_\_

Sieste (3 – 6 ans) :  Oui  Non

Autres informations : \_\_\_\_\_

### LA FAMILLE

Situation familiale :  Mariés ou vie maritale  Séparés / divorcés  Famille d'accueil  Veuf/ve  Famille monoparentale  Autre : \_\_\_\_\_

**PARENT 1**  Responsable légal

**PARENT 2**  Responsable légal

Nom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Tél. Portable : \_\_\_\_\_

Tél. Portable : \_\_\_\_\_

Tél. Professionnel : \_\_\_\_\_

Tél. Professionnel : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Numéro allocataire : \_\_\_\_\_

Régime :  CAF  MSA  Autre : \_\_\_\_\_

J'autorise la structure à consulter mon quotient familial via les sites de consultation en ligne (accès professionnel).  
Autrement, je fournis une attestation de quotient familial.

Nom et adresse de la compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

Numéro de police d'assurance : \_\_\_\_\_

Les factures sont adressées :  Parent 1  Parent 2  Parent 1 et 2

(Famille séparée : Une facturation séparée peut être effectuée, un dossier doit être rempli par parent).

### AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) M. Mme \_\_\_\_\_

Demeurant à \_\_\_\_\_

Responsable de l'enfant \_\_\_\_\_

Personne autorisée à récupérer l'enfant	Personne à appeler en cas d'urgence	Nom / Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

➤ **Autorise mon enfant à venir et à quitter l'accueil de loisirs seul :** Oui Non

Je décharge la directrice ainsi que l'équipe pédagogique de toute responsabilité dès le départ de l'enfant. *L'âge minimum est de 8 ans.*

➤ **Autorise mon enfant à voyager en transports collectifs (bus, minibus...) :** Oui Non

➤ **Autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par l'accueil de loisirs :** Oui Non

➤ **Autorise le personnel de l'accueil de loisirs à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie de mon enfant :** Oui Non

➤ **Autorise le personnel de l'accueil de loisirs à administrer, sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant, suivant le double de l'ordonnance :** Oui Non

➤ **Autorise le personnel de l'accueil de loisirs à appliquer de la crème solaire à mon enfant :** Oui Non

## DROIT À L'IMAGE

➤ **Autorise mon enfant à être pris en photos/vidéos :** Oui Non

- **Pour diffusion interne (parents, activités...) :** Oui Non

- **Pour diffusion externe (réseaux sociaux, supports de communication, presse locale...) :** Oui Non

Je m'engage à signaler auprès de la directrice de l'accueil de loisirs par écrit toute modification concernant les renseignements et/ou autorisations.

**J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.**

Le : \_\_\_\_\_

A : \_\_\_\_\_

**Signature(s) du(des) responsable(s) légal(aux) :**

## DOCUMENTS À FOURNIR

- Fiche sanitaire de liaison ;
- Attestation d'assurance de responsabilité civile (au nom de l'enfant) ;
- Certificat médical de vaccinations ou certification médical de contre-indication ou photocopie du carnet de vaccinations ;
- Attestation de quotient familial (CAF, MSA) ;
- Photocopie de décision du juge des affaires familiales règlementant l'exercice de l'autorité parentale, le cas échéant ;
- Protocole d'Accueil Individualisé (PAI), le cas échéant.