

## FICHE DE RENSEIGNEMENT

**Cocher la case correspondante au(x) lieu(x) d'accueil de(s) enfant(s)**

- l'ALSH Les Diablotin (Lioujas)       l'ALSH Baba o'Mômes (Bozouls)  
 l'ALSH Périscolaire (Bezoules)       l'ALSH Périscolaire (Gabriac)  
 Groupe Jeunes (12-17 ans) (Bozouls)

### RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal :  Père  Mère  Tuteur/Tutrice  Famille d'accueil

**MONSIEUR** NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_ CP/VILLE \_\_\_\_\_

☎ fixe \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

📱 portable \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

🏢 travail \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

@ e-mail \_\_\_\_\_

**MADAME** NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_ CP/VILLE \_\_\_\_\_

☎ fixe \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

📱 portable \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

🏢 travail \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

@ e-mail \_\_\_\_\_

➔ Préciser l'adresse de facturation si différente de celle du responsable : .....

**N° C.A.F. ou M.S.A. :** \_\_\_\_\_ **Quotient familial :** \_\_\_\_\_

*(sans ce numéro, nous ne pourrions pas vous faire bénéficier de l'aide accordée aux allocataires C.A.F. ou M.S.A.)*

**Si vous disposez de pass C.A.F. ou M.S.A. les télécharger dans la rubrique prévue à cet effet dans votre Espace Famille afin de bénéficier des aides octroyées (pour la caf justificatif du QF de Janvier de l'année en cours).**

### REFERENCES DE(S) L'ENFANT(S)

**ENFANT N°1**  
 NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
 Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_

**Santé :** Date du dernier rappel D.T.P. : \_\_\_\_\_ (Obligatoire pour l'accueil en collectivité)

Atteste que mon enfant est à jour des 11 vaccins obligatoires (naissance à partir du 1er janvier 2018)\*

Allergie(s) :  Asthme  Médicamenteuse  Alimentaire  Autres : \_\_\_\_\_

Protocole : \_\_\_\_\_ PAI  Oui  Non

Votre enfant perçoit t'il l'AEEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé)  Oui  Non

**ENFANT N°2**  
 NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
 Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_

**Santé :** Date du dernier rappel D.T.P. : \_\_\_\_\_ (Obligatoire pour l'accueil en collectivité)

Atteste que mon enfant est à jour des 11 vaccins obligatoires (naissance à partir du 1er janvier 2018)\*

Allergie(s) :  Asthme  Médicamenteuse  Alimentaire  Autres : \_\_\_\_\_

Protocole : \_\_\_\_\_ PAI  Oui  Non

Votre enfant perçoit t'il l'AEEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé)  Oui  Non

**ENFANT N°3**  
 NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
 Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_

**Santé :** Date du dernier rappel D.T.P. : \_\_\_\_\_ (Obligatoire pour l'accueil en collectivité)

Atteste que mon enfant est à jour des 11 vaccins obligatoires (naissance à partir du 1er janvier 2018)\*

Allergie(s) :  Asthme  Médicamenteuse  Alimentaire  Autres : \_\_\_\_\_

Protocole : \_\_\_\_\_ PAI  Oui  Non

Votre enfant perçoit t'il l'AEEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé)  Oui  Non

## AUTORISATION PARENTALE et ASSURANCES

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de(s) enfant(s):

### SANTÉ

autorise le Centre Social Bozouls Comtal et l'ALSH Baba o' Mômes à prendre, le cas échéant, toutes mesures (appel des pompiers, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de mon enfant / mes enfants.

### DROIT À L'IMAGE

autorise le Centre Social Bozouls Comtal et l'ALSH Baba o' Mômes à utiliser tout support (audio, vidéo, photo) réalisé lors des activités auxquelles participent mon enfant / mes enfants dans le cadre de la promotion du Centre Social Bozouls Comtal et/ou de l'ALSH Baba o' Mômes (presse, site internet, exposition...).

### ALIMENTAIRE *(uniquement pour l'ALSH)*

autorise mon enfant / mes enfants à consommer toute préparation culinaire confectionnée par les familles ou les enfants dans le cadre de l'ALSH.

### TRANSPORTS *(uniquement pour l'ALSH)*

autorise mon enfant / mes enfants à prendre les transports organisés et nécessaires pour l'activité.

### ASSURANCES

atteste avoir pour mon enfant / mes enfants des assurances de type:

Extra Scolaire N° Contrat \_\_\_\_\_ souscrite auprès de la compagnie \_\_\_\_\_  
Responsabilité civile N° Contrat \_\_\_\_\_ souscrite auprès de la compagnie \_\_\_\_\_

***Pour rappel ces assurances sont obligatoires pour participer aux activités des l'Accueils de Loisirs !***

## CONDITIONS DE SORTIE PARTICULIÈRES

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ Père, Mère, Tuteur <sup>1</sup>

autorise mon enfant / mes enfants à partir seul de l'accueil de loisirs à<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

autorise mon enfant<sup>3</sup> \_\_\_\_\_ à venir chercher son frère ou sa sœur

autorise à venir chercher mon enfant ***(numéro de téléphone obligatoire pour chaque personne).***

Mme ou M. \_\_\_\_\_ Lien de Parenté \_\_\_\_\_

Tél: \_\_\_\_\_

Mme ou M. \_\_\_\_\_ Lien de Parenté \_\_\_\_\_

Tél: \_\_\_\_\_

Mme ou M. \_\_\_\_\_ Lien de Parenté \_\_\_\_\_

Tél: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>Rayer la mention inutile

<sup>2</sup>Préciser l'heure de départ

<sup>3</sup>A partir de 12 ans

À \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_



Signature

**\*Décret du 25 janvier 2018** relatif à la vaccination obligatoire des 11 vaccins :

Antidiphthérique -Antitétanique -Antipoliomyélitique -Contre la coqueluche -Contre les infections invasives à Haemophilus influenzae de type b -Contre le virus de l'hépatite B -Contre les infections invasives à pneumocoque -Contre le méningocoque de sérogroupe C -Contre la rougeole -Contre les oreillons -Contre la rubéole

**Remarque importante :** Les renseignements portés sur cette feuille, et particulièrement les coordonnées téléphoniques, doivent toujours être à jour. Toute modification devra être portée à la connaissance du Centre Social Bozouls Comtal. Dans le cas contraire, le Centre Social Bozouls Comtal décline toute responsabilité en cas d'impossibilité de contacter les parents ou tout autre personne désignée.