

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 ¹

autorise mon enfant / mes enfants à partir seul de l'accueil de loisirs à² _____

autorise mon enfant³ _____ 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: _____

¹Rayer la mention inutile

²Préciser l'heure de départ

³A 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.