

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET SANITAIRE
ACCUEIL DE LOISIRS DE MARCIGNY (site de Montceaux l'étoile)**

Nom de l'enfant :
 Prénom de l'enfant :
 Sexe de l'enfant : Féminin Masculin.....
 Adresse de l'enfant
 Date de naissance :/...../..... Lieu :
 Médecin de famille : adresse :
 Téléphone/

PARENTS – TUTEURS

Père :

Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 Code postal : Commune :
 Tél domicile : @mail (Prévenir si changement d'adresse)
 Tél Professionnel : Tél portable :

Mère :

Nom :
 Prénom
 Adresse
 Code postal : Commune :
 Tél domicile : @mail (Prévenir si changement d'adresse)
 Tél Professionnel : Tél portable :

SITUATION FAMILIALE : Entourez votre situation)

Mariés - Concubinage - Pacsés - Célibataire - Veuf (ve) - Séparé (e) - Divorcé (e) - Famille d'accueil

Nombre d'enfants :

Nom	Prénom	Date de naissance	Classe
.....
.....
.....
.....

ASSURANCES

La communauté de commune de Marcigny a souscrit un contrat d'assurance "Responsabilité Civile" dans le cadre de l'organisation de l'Accueil de Loisirs.

Cette assurance ne couvre que la responsabilité du prestataire et de son personnel pour les dommages qu'ils pourraient causer à autrui.

Il est demandé aux familles de contrôler la validité de leur assurance "Responsabilité Civile" et d'assurer leurs enfants à la pratique des activités extrascolaires.

Nom de l'assurance n° de police..... (Merci de nous fournir une photocopie).

N° de sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché :

RÉGIME C.A.F ou M.S.A.

La C.A.F. demande aux organisateurs d'accueils de mineurs d'identifier les inscrits par nature de régime, afin de définir au mieux la prestation de service.

Merci de cocher le régime correspondant à votre affiliation

Numéro d'allocataire du responsable de l'enfant :

CAF 71... · numéro allocataire CAF autre ·

MSA 71 ... · numéro allocataire MSA autre ·

AUTORISATIONS ET INFORMATIONS DIVERSES

Régime alimentaire spécifique : ·OUI : sans porc · sans viande ·
·NON

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour : Oui · Non ·

Si oui, merci de nous transmettre une ordonnance médicale récente au nom de l'enfant ainsi que les médicaments correspondants JAMAIS OUVERT dans leurs emballages d'origine notifiés au nom de l'enfant.

Aucun médicament ne sera administré (même homéopathique) sans ordonnance médicale.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

- L'enfant a-t-il des allergies médicamenteuses ? Oui · Non ·

Si oui, merci de préciser lesquelles et la conduite à tenir.

.....

- L'enfant a-t-il des allergies alimentaires ? Oui · Non ·

Si oui, merci de préciser lesquelles et de nous faire parvenir le PAI (à remplir par le médecin généraliste de l'enfant)

.....

- L'enfant porte-t-il des lunettes, prothèse auditives, prothèses dentaires, etc...? Oui · Non ·

Si oui, merci de préciser quel type

.....

- L'enfant présente-t-il des contre-indications médicales à la fréquentation d'un accueil de loisirs (vie collective, pratique sportive...)?

Oui · Non ·

Si oui, merci de préciser quel type

.....

AUTORISATION MEDICALE :

J'autorise le responsable de la structure à prendre les mesures nécessaires en cas de besoin de consultations de médecin ou d'hospitalisation
Oui · Non ·

Merci de préciser vers quel hôpital votre enfant doit être transporté en cas de nécessité.

AUTORISATION DE BAINNADE :

➤ Autorisez-vous votre enfant à participer aux activités aquatiques ? · OUI · NON

➤ Si non, votre enfant ne pourra être inscrits sur la demi-journée en question. Vous devrez trouver une autre solution de garde. Il ne sera pas possible de le laisser an centre de loisirs avec un autre groupe.

Sait nager (sans brassards) : · OUI · NON Sait nager (avec brassards) : · OUI · NON

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE :

Le représentant légal autorise OUI · NON ·

La communauté de commune de Marcigny à réaliser des prises de vues photographiques ou vidéos sur lesquelles figure la personne inscrite, pendant le déroulement des activités du centre.

Il autorise la communauté de commune de Marcigny à utiliser librement ces photographies, sans demander ni rémunération, ni droits d'utilisation, pour leurs opérations de développement et de communication quel que soit le support (document de présentation, brochure, publications, site Internet, expositions ...).

Ces supports visuels ou vidéo ne feront en aucun cas l'objet de diffusion ou d'utilisation commerciale.

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation des photos ne devront pas porter atteinte à son image et/ou à sa réputation.

AUTORISATION DE TRANSPORT EN MINI BUS :

Les mini bus sont équipés de sièges auto.

Le représentant légal autorise OUI · NON ·

Personnes autorisées à récupérer l'enfant à l'Accueil de Loisirs :

(Important, une pièce d'identité sera demandée)

Nom :Prénom :Tel :

Nom :Prénom : Tel.....

Nom :Prénom :Tel :

Personne à prévenir en cas d'absence des parents : (en plus de toutes les personnes déjà citées.).

Mr, Mme :Tel :

Adresse

MODALITÉS D'INSCRIPTION ET D'ANNULATION

Rappel : réservations obligatoires

L'organisateur de l'accueil de loisirs emploie son personnel et commande les repas en fonction du nombre d'enfants inscrits.

(Pour les possibilités de remboursement, consulter le règlement intérieur)

Documents à fournir pour l'inscription chaque année scolaire même si renouvellement :

- La photocopie du carnet de vaccinations.
- L'attestation d'assurance responsabilité civile et **extra-scolaire**.
- Attestation du quotient familial.
- La photo de l'enfant.
- La photocopie du livret de famille parents et enfants.
- P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) pour le ou les enfants concerné(s) avec autorisation parental pour administrer le traitement.
- Règlement intérieur signé.

IMPORTANT : Tout dossier incomplet ne pourra être pris en compte.

Je soussigné(e)....., responsable légal(e) de l'enfant
....., déclare exacts les renseignements portés sur la présente fiche.

J'autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Fait à..... Le

Signature