

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année Scolaire 2018 / 2019

Photo

NOM et Prénom :

Né(e) le : **À :**

Nationalité : **Sexe :** Masculin Féminin

Responsable Légal :

Responsable 1: Parent 1 Parent 2 Tuteur

NOM Prénom :

N° Port.:

N° Fixe :

@ :

Adresse complète :

Code Postal + ville.....

Profession.....

Employeur.....

Tel Professionnel

Situation familiale :

pacs - union libre – marié – séparé – divorcé - veuf (ve)

Responsable 2: Parent 1 Parent 2 Tuteur

NOM Prénom :

N° Port.:

N° Fixe:

@ :

Adresse complète.....

Code Postal + ville.....

Profession.....

Employeur.....

Tel Professionnel

Situation familiale :

pacs - union libre – marié – séparé – divorcé - veuf (ve)

N° allocataire CAF/ MSA (Rayez la mention inutile) : Quotient familial :

N° de sécurité sociale couvrant l'enfant :

Renseignements sanitaires

Allergies : Asthme Oui Non Maquillage Oui Non

Alimentaire Oui, précisez..... Non

Médicamenteuse Oui, précisez..... Non

Insectes et/ou acariens Oui, précisez..... Non

Autres (précisez).....

Si votre enfant a besoin d'un traitement, il est nécessaire de faire un PAI (Projet d'accueil individualisé). Celui-ci doit être demandé par vos soins, et nous devons y être impérativement associés, pour la conduite à tenir et l'administration du traitement.

Difficulté de santé : (maladie, convulsions, opération, prothèses auditives, appareil dentaire, lunettes...)

Précisez en indiquant les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

Si votre enfant porte des lunettes, doit-il les garder en permanence ? Oui Non

Régime alimentaire particulier : Sans porc Oui Non

Sans viande Oui Non

Végétarien Oui Non

Autres (précisez).....

Recommandations utiles des parents:

L'enfant sait-il nager ? Oui Non

Diplôme : Brevet de natation Oui Non

Test d'aisance aquatique : Oui Non

Informations médicales

Vaccinations : joindre une photocopie du carnet de santé ou des certificats de vaccinations. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ? (Rayez la mention inutile)

Rubéole : Oui / Non	Varicelle : Oui / Non	Scarlatine : Oui / Non
Coqueluche : Oui / Non	Rougeole : Oui / Non	Oreillons : Oui / Non

Nom et N° tél du médecin traitant :

A prévenir en cas d'urgence

Précisez : Nom – Prénom – numéro de téléphone – lien de parenté

.....
.....
.....
.....

Autorisation parentale

Je soussigné (e)

Autorise ou Refuse que mon enfant participe aux sorties et aux activités organisées par le CVLV nécessitant un déplacement : en bus, à pied

Autorise ou Refuse que le CVLV consulte mon quotient familial sur le site CAFPRO ou l'espace privé MSA.

Autorise ou Refuse que le CVLV utilise des photos ou vidéos sur lesquelles mon enfant est reconnaissable (Il ne s'agit pas de photographies individuelles mais bien de photos de groupe ou de vues montrant des enfants en activité) dans le cadre de :

- Affichage sur le lieu d'accueil
- Sur son site internet
- Dans des articles pour la presse

Autorise **les personnes majeures** suivantes à venir récupérer mon enfant à l'ALSH ou l'APS munies d'une pièce d'identité :

.....
.....
.....

Je soussigné (e), Mr ou Mmeresponsable de l'enfant
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence.

Je déclare également avoir pris connaissance du projet éducatif, pédagogique et du règlement intérieur de l'ALSH / APS.

Lu et approuvé, Date.....

Signature

