

FICHE DE RENSEIGNEMENTS LOISIRS ENFANCE JEUNESSE

Photo

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :

NE(E) LE **A**

SEXE : Masculin Féminin **N° de Port. du jeune :**

RESPONSABLES LEGAUX

Responsable 1 : Parent 1 Tuteur

NOM Prénom :

N° Port :

N° Fixe :

@ :

Je souhaite recevoir mes factures sur ce mail *: Oui / Non

* Pour les accueils dont la facturation est gérée par le CVLV PSR

Adresse :

.....

.....

Profession :

Employeur :

Tél professionnel :

Situation familiale :

Union libre – Pacsé – Marié – Séparé – Divorcé –

Veuf - Parent isolé

Responsable 2 : Parent 2 Tuteur

NOM Prénom :

N° Port :

N° Fixe :

@ :

Je souhaite recevoir mes factures sur ce mail *: Oui / Non

* Pour les accueils dont la facturation est gérée par le CVLV PSR

Adresse :

.....

.....

Profession :

Employeur :

Tél professionnel :

Situation familiale :

Union libre – Pacsé – Marié – Séparé – Divorcé –

Veuf - Parent isolé

N° allocataire CAF ou MSA (rayer la mention inutile) : QF :

N° Sécurité sociale couvrant l'enfant :

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES ET MEDICAUX

Allergies :	Asthme	Oui	Non	Maquillage	Oui	Non
	Alimentaire	Oui	Non	Précisez si oui :
	Médicamenteuse	Oui	Non	Précisez si oui :
	Insectes/Acariens	Oui	Non	Précisez si oui :
	Autres	Oui	Non	Précisez si oui :

Quelle réaction ou symptôme en cas de crise ?

.....

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

A-t-il un PAI ? Oui Non

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

Précisez en indiquant les dates et précautions à prendre :

.....

.....

Troubles, handicap nécessitant un accueil particulier : Oui Non

Précisez lequel :

L'enfant est-il bénéficiaire, d'une allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) : Oui Non

Est-il déclaré MDPH ? Oui Non

Régime alimentaire particulier : Sans Porc Oui Non

Sans Viande Oui Non

Autres (précisez)

INFORMATIONS MEDICALES

Vaccinations et maladies :

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 :

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

Nom et N° du médecin traitant :

INFORMATIONS GENERALES

Personnes à prévenir en cas d'accident

(en plus des parents)

Nom et Prénom	Lien de parenté	Téléphone

Personnes autorisées à venir récupérer l'enfant

(munies d'une pièce d'identité / si mineur voir avec la direction)

Nom et Prénom	Lien de parenté	Téléphone

Recommandations utiles des parents :

Si l'enfant porte des lunettes ? Oui Non Doit-il les garder en permanence ? Oui Non

L'enfant est-il en garde alternée ? Oui Non (Si conditions particulières, en informer la direction)

L'enfant sait-il nager sans brassard ? Oui Non

Diplômes : Brevet de natation : Oui Non

Test aisance aquatique avec brassards : Oui Non

Test aisance aquatique sans brassard : Oui Non

AUTORISATION DU RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Je soussigné (e)

Autorise Refuse que mon enfant participe aux sorties et aux activités organisées par l'APS ou l'ALSH nécessitant un déplacement quel que soit le type de transport.

Autorise Refuse que l'ALSH consulte mes ressources annuelles ou mon quotient familial sur le site CDAP ou l'espace MSA pour calculer le tarif de mon enfant pour l'APS ou l'ALSH

* Autorise que l'ALSH utilise des photos ou vidéos sur lesquelles mon enfant est reconnaissable dans le cadre de :

- Un affichage sur le lieu d'accueil : Autorise Refuse

- Une publication sur le site Internet : Autorise Refuse

- Une publication dans la presse locale : Autorise Refuse

Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant, nommé ci-dessus, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

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

Mention RGPD : En validant ce formulaire, vous consentez à ce que le CVLV PSR traite les données personnelles recueillies. Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le CVLV PSR pour les besoins de l'APS / ALSH. Ces données sont conservées jusqu'au 15 ans de l'enfant accueilli et sont destinées à l'APS / ALSH.

Conformément au règlement UE 2016-679 du 27 avril 2016, vous pouvez exercer vos droits en nous contactant.

Cochez cette case si vous ne souhaitez pas recevoir de mails concernant les autres actions menées par le CVLV PSR (actions familles, newsletter ...)

Fait à le / /

Signature :