

Identité de l'enfant

Nom : Prénom(s) : Sexe M F
 Date et lieu de naissance : ... / ... / à Département :
 Adresse :
 Code postal : Commune.

Identité des responsables légaux

Responsable légal 1 Autorité parentale : Oui Non
 Nom de naissance : Prénom :
 Nom d'usage : Date de naissance : ... / ... /
 Situation familiale (rayer les mentions inutiles):
 célibataire, marié(e), veuf(ve), divorcé(e), séparé(e), concubin(e), pacsé(e)
 Adresse (si différente de l'enfant)
 Code postal Commune.
 Téléphone domicile : Téléphone portable :
 Téléphone travail : Courriel :
 Profession : Nom et adresse de l'employeur :

Responsable légal 2 Autorité parentale : Oui Non
 Nom de naissance : Prénom :
 Nom d'usage : Date de naissance : ... / ... /
 Situation familiale (rayer les mentions inutiles):
 célibataire, marié(e), veuf(ve), divorcé(e), séparé(e), concubin(e), pacsé(e)
 Adresse (si différente de l'enfant)
 Code postal Commune.
 Téléphone domicile : Téléphone portable :
 Téléphone travail : Courriel :
 Profession : Nom et adresse de l'employeur :

Autre responsable légal (personne physique ou morale) Autorité parentale : Oui Non
 Organisme : Personne référente:
 Fonction: Lien avec l'enfant :
 Adresse (si différente de l'enfant)
 Code postal Commune.
 Téléphone domicile : Téléphone portable :
 Téléphone travail : Courriel :

Frères et sœurs

Nom, prénom, date de naissance, des frères et sœurs

- / /
- / /
- / /

Identités et coordonnées des tierces autorisées à venir ou à appeler en cas d'urgence

Nom et Prénom	Lien avec l'enfant	Adresse	Téléphone

Régime d'allocations familiales

Régime d'allocations : Général et fonctionnaire Agricole Autres

Nom et adresse de la caisse :

Nom et prénom de l'allocataire :

N° d'allocataire :

Noter votre numéro d'allocataire = simplifier vos démarches

Allocataires CAF uniquement

En vue de déterminer les quotients familiaux, la directrice de la structure consulte le dossier CAFpro dans le cadre d'échange de données informatisées qui a reçu l'agrément de la CNIL. Vous pouvez exercer votre droit d'accès ou de rectification en vous adressant à la structure.

J'autorise les agents en charge de la facturation de la Mairie de Loperhet à consulter mon compte CAF afin d'accéder aux ressources à prendre en compte pour le calcul du quotient familial Oui Non

Assurance de l'enfant : Responsabilité civile (obligatoire)

Je possède une assurance « Responsabilité Civile » qui permet de couvrir mon enfant pour les dommages qu'il pourrait causer à un tiers. Oui Non

Nom de la compagnie d'assurance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Numéro de police d'assurance :

Sécurité sociale et mutuelle

N° de sécurité sociale de rattachement de l'enfant :

Nom de la caisse :

Nom de l'assuré :

Nom et adresse de la mutuelle :

Adresse :

Code postal : Ville :

Enfant en situation de handicap

Afin de mieux accueillir votre enfant, nous avons besoin de le connaître, vous pouvez vous appuyer sur ce document ou en parler directement à la directrice de l'accueil.

Nature du handicap :

- | | | |
|----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> moteur | <input type="checkbox"/> polyhandicap | <input type="checkbox"/> trouble envahissant du comportement (autisme...) |
| <input type="checkbox"/> visuel | <input type="checkbox"/> maladie invalidante | <input type="checkbox"/> autre : |
| <input type="checkbox"/> auditif | <input type="checkbox"/> psychique | |
| <input type="checkbox"/> mental | | |

Votre enfant a-t-il un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ?

- Oui Non demande en cours

Autorisations diverses

Connaissance du règlement

Nous soussignés responsables légaux de l'enfant
.....

certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure.

Nous déclarons en outre exacts tous les renseignements portés sur cette fiche et nous engageons à prévenir le structure pour signifier tout changement de situation.

Signatures :

Autorisation de sortie exceptionnelle

- Nous autorisons notre enfant à participer aux sorties et activités qui seront organisées par les différentes équipes pédagogiques Oui Non
- Nous autorisons notre enfant à prendre un moyen de transport en commun dans le cadre des sorties organisées par les équipes pédagogiques Oui Non

Autorisation d'utilisation de l'image, de la voix et des travaux d'un enfant mineur

• Autorisation de captation :

Dans le cadre des différents travaux nous pouvons être amenés à utiliser l'image, la voix ou les travaux de votre enfant.

Nous autorisons les équipes pédagogiques à :

- Photographier mon enfant Oui Non
- Faire un enregistrement sonore Oui Non
- Filmer (image et son) Oui Non

• Autorisation de diffusion :

J'autorise les équipes pédagogiques à utiliser la photo, l'enregistrement sonore, un film de mon enfant dans un cadre pédagogique et de communication pour les situations suivantes :

- Pour le journal de la structure ou d'autres publications interne Oui Non
- Pour le site internet de la commune Oui Non
- Pour une clé USB ou CD-Rom destiné aux parents Oui Non
- Pour les publications suivantes : journal municipal, presse locale Oui Non
- Pour les stagiaires dans le cadre de leur rapport de stage Oui Non

Pour tout projet particulier, vous en serez informé et nous renouvelerons les autorisations exclusivement pour ceux-ci.

Autorisation de départ à la fin des activités

Nous autorisons notre enfant à rentrer seul à la suite des activités Oui Non

Pour l'ALSH, heure de départ souhaitée :

Renseignements médicaux

Identité de l'enfant

Nom : Prénom(s) : Sexe M F
Date et lieu de naissance : .../.../..... à Département :

Vaccins

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

Vaccins obligatoires	oui	non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole, Oreillons, Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Le suivi de l'enfant

Poids : Taille : en date du Groupe sanguin: (si vous le connaissez) :

Médecin traitant: Téléphone :

Hôpital souhaité:

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

Angine Oui Non Oreillons Oui Non Varicelle Oui Non
Otite Oui Non Rougeole Oui Non Rubéole Oui Non
Coqueluche Oui Non Scarlatine Oui Non Rhumatisme articulaire Oui Non

L'enfant mouille-t-il son lit : Oui Occasionnellement Non

Si il s'agit d'une fille, est-elle réglée : Oui Non

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

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Allergies

Asthme Oui Non Alimentaire Oui Non
Médicamenteuse Oui Non Autres :

Pour toutes allergies alimentaires, aucun repas de substitution ne sera fourni par la cuisine centrale sans nous avoir remis un certificat médical ou PAI.

Précisez si nécessaire la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir

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

Difficultés de santé

L'enfant a-t-il eu des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), en précisant si nécessaire les dates et les précautions à prendre.

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

Recommandations utiles des parents

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil. Précisez.

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

Régime alimentaire

Oui Non Si oui, Précisez.....
(il peut y avoir nécessité de mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé)

Test de natation

L'enfant sait-il nager ? Oui Non Réservé à la structure : Test pour activité nautiques N°

Autorité parentale

Conjointe Mère uniquement Père uniquement Autre

Santé et situation d'urgence

J'autorise le directeur de la structure à prendre, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant (Dans les cas d'urgences où les responsables légaux ne sont pas joignables). Sans signature de votre part les directeurs seront tenus d'appliquer les dispositions de la loi relative à l'assistance à personnes en danger.

Mention «lu et approuvé» :
Signature des responsables légaux :

Je m'engage à vous signaler tous changements (coordonnées, situation familiale...) modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Fait à Le ... / ... /

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (article 34 de la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004). Pour l'exercer merci de contacter les directeurs de structure