



Renseignements du foyer et de l'enfant

| | |
|--|--|
| Représentant légal (PERE) Nom – Prénom : Adresse : Tél : Mail : Tel travail : Profession : | Représentant légal (MERE) Nom – Prénom : Adresse : Tél : Mail : Tel travail : Profession : |
|--|--|

Situation familiale des représentants (à entourer) :

Marié(e) / Célibataire / vie maritale / Séparé(e) / Veuf (ve) / famille accueil

Nom de l'enfant :

Né(e) le :

Prénom de l'enfant :

Sexe : Féminin Masculin

Votre enfant a-t-il des frères et sœurs oui non.

Quelle est sa place dans la fratrie:

N° d'allocataire: CAF MSA AUTRE :

| A cocher : CENTRES D'INTERETS DE VOTRE ENFANT | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | sport |
| <input type="checkbox"/> | Lecture |
| <input type="checkbox"/> | Marcher |
| <input type="checkbox"/> | Jeux de société |
| <input type="checkbox"/> | Activité manuelle |
| <input type="checkbox"/> | Va vers les autres |
| <input type="checkbox"/> | Fait la sieste |
| <input type="checkbox"/> | A besoin d'une sucette |
| <input type="checkbox"/> | A besoin de son doudou |
| <input type="checkbox"/> | Ecoute de la musique pour la sieste |
| <input type="checkbox"/> | Ecoute une histoire pour s'endormir |

| VIE QUOTIDIENNE | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Votre enfant est-il autonome pour aller aux toilettes ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre enfant a-t-il besoin d'une aide pour se déplacer ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre enfant s'endort-il seul ? Qu'est-ce qui peut l'aider à s'endormir ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Je déclare sur l'honneur avoir pris connaissance du règlement intérieur (signature) :

AUTORISATIONS et DECHARGES PARENTALE

Je soussigné (e) **Responsable légal de l'enfant** :

- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à en respecter les termes.
- Autorise la direction à consulter notre dossier allocataire CDAP afin d'accéder directement aux ressources (Quotient, Revenus, Nombre d'enfants à charge) à prendre en compte pour le calcul des tarifs. (Le service CDAP.fr respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à l'équipe de direction.).
- Autorise mon enfant à venir et rentrer par ses propres moyens au centre de loisirs (à pied, à vélo) avec un mot ou mail le jour du besoin soit à l'année soit ponctuel.
- Autorise le responsable du centre de loisirs à prendre les mesures d'urgence pour faire soigner mon enfant (hospitalisation, SAMU, Pompier, Docteur).
- Autorise, en cas d'urgence, le responsable du centre de loisirs à faire pratiquer les interventions chirurgicales et à faire prescrire les traitements nécessaires à l'état de santé de mon enfant. Et m'engage à rembourser les frais médicaux, d'hospitalisation, et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés.
- Autorise le centre de loisirs dans le cadre pédagogique et informatif (publications, site internet, blog...) des photos et des vidéos de mon enfant
- Refuse l'utilisation des photos et des vidéos de mon enfant
- Autorise mon enfant à participer aux différentes activités organisées par le centre.
- Autorise l'association à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités du centre :

En transport collectif (bus, car, train...) OUI NON

Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

| Nom Prénom | Lien de parenté | Adresse | Téléphone fixe | Téléphone port |
|------------|-----------------|---------|----------------|----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Le centre de loisirs reconnu d'utilité publique est responsable du traitement de vos données personnelles. Parce que nous accordons une grande importance à la protection de votre vie privée, nous nous engageons à respecter la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par le Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données personnelles (RGPD).

Autorisation valable pour une année (adhésion annuelle).

Fait à :

Le :

Signature précédée de la mention « *lu et approuvé* » :



Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

| | | | |
|-----------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Enfant : | <input type="checkbox"/> fille | <input type="checkbox"/> garçon | Date de naissance : |
| Nom : | Prénom : | | |
| Adresse : | | | |

I - Vaccinations : (à remplir ou faire photoopies des vaccins)

| Vaccins obligatoires | oui | | Dernier rappel | Vaccins recommandés | oui | | Date |
|----------------------|-----|-----|----------------|----------------------------|-----|-----|------|
| | non | non | | | non | non | |
| Diphtérie | | | | Hépatite B | | | |
| Tétanos | | | | Rubéole | | | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | | | |
| ou DT polio | | | | Autres (<i>préciser</i>) | | | |
| ou Tétracoq | | | | | | | |
| B.C.G. | | | | | | | |

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** ? oui non
Si oui, joindre l'**ordonnance** et les **médicaments** correspondants.

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et décharge des tuteurs légaux.

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

| Rubéole | Varicelle | Angine | Scarlatine | Coqueluche |
|---|---|---|---|---|
| <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"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Otite | Rougeole | Oreillons | Rhumatisme articulaire aiguë | |
| <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 | |

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
Alimentaires oui non autres oui non
Régimes spécifiques oui non
quel est le régime :.....

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

Votre enfant a-t-il un suivi éducatif et/ou médical ? Oui non

Votre enfant a-t-il une notification MDPH : oui non demande en cours

Votre enfant a-t-il un PAI: oui non

Nature du handicap :.....

Votre enfant est-il scolarisé ? oui non Avec AVS

Etablissement scolaire fréquenté et classe :.....

Votre enfant est-il accueilli dans un établissement spécialisé ? oui non
Etablissement fréquenté :
.....

Autorisez-vous le centre de loisirs à prendre contact avec ces professionnels médicaux et éducatifs? Oui Non

Notez leurs contacts :

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. domicile : travail : portable :

Nom et tél. du médecin traitant :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) : Date :