

PHOTO  
RECENTE

(OBLIGATOIRE)

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

REFERENCE DE L'ENFANT :

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_



Classe : .....

Sexe :

### RESPONSABLES DE L'ENFANT

Nom et Prénom Parent 1 : .....

Adresse complète : .....

 .....  ..... adresse @ : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Adresse de l'employeur : .....

 .....

N° Allocataire CAF (obligatoire) : .....

Caisse : .....



N° de Sécurité Sociale : .....

Autre Régime (à préciser) : .....

Mutuelle / Adresse : .....

Nom et Prénom Parent 2 : .....

Adresse complète : .....

 .....  ..... adresse @ : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Adresse de l'employeur : .....

 .....

N° Allocataire CAF (obligatoire) : .....

Caisse : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

Autre Régime (à préciser) : .....

Mutuelle / Adresse : .....

Garde de l'enfant :    Conjointe             Père             Mère             Par Alternance

**En cas de problème, si les parents sont injoignables,  
personnes à prévenir en cas d'urgence**

M ou Mme : .....

 .....  .....

M ou Mme : .....

 .....  .....

M ou Mme : .....

 .....  .....

M ou Mme : .....

 .....  .....

M ou Mme : .....

 .....  .....

**DECHARGE DE RESPONSABILITE :**

J'autorise mon enfant à quitter le lieu d'animation avec :

M ou Mme : .....

 .....  .....

M ou Mme : .....

 .....  .....

Mon enfant peut quitter le lieu d'animation seul :                  OUI                   NON

**DROIT DES LIBERTES**

J'autorise la prise de photos ou vidéos :    OUI                   NON

J'autorise la diffusion de photos ou vidéos :    OUI                   NON

J'autorise le transport de mon enfant en bus ou minibus :    OUI                   NON

J'autorise mon enfant à utiliser la crème solaire du centre de loisirs    OUI                   NON

Ces restrictions ne pourront pas s'appliquer aux photos ou vidéos collectives. Les diffusions ne seront aucunement réalisées à des fins commerciales.

**MODE DE PAIEMENT**

Je souhaite le paiement par prélèvement automatique\*   

Je refuse le prélèvement automatique et j'honorerai les paiements par chèques, espèces ou CB

\* Les prélèvements automatiques pour la restauration scolaire et l'accueil de loisirs se feront à termes échus. L'acceptation du prélèvement automatique entraîne de fait ce mode de règlement pour la restauration scolaire, les accueils de loisirs et les mercredis.

Les accueils de loisirs de vacances seront quant à eux facturés à part et payables d'avance à l'inscription.

Les factures mensuelles sont à envoyer à :

M ou Mme .....

Adresse complète :  
.....  
.....

## RENSEIGNEMENTS SANITAIRES :

### MEDECIN TRAITANT

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :



### VACCINATIONS

Joindre obligatoirement les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé ou du certificat de vaccinations de l'enfant.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	OUI	NON	DATES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole			
Poliomyélite				Coqueluche			
Ou DT polio				BCG			
Ou <b>Tétracoq</b>				Autres (préciser)			

Si l'enfant n'a pas les vaccinations obligatoires, joindre un certificat de contre-indication.

### MALADIES INFANTILES

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

<b>Rubéole</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Varicelle</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Angines</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Rhumatismes</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Scarlatine</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>Coqueluche</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Otites</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Asthme</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Rougeole</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Oreillons</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Indiquer ici d'autres antécédents de santé en précisant les dates :

(Maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations...)

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

### ALLERGIES ALIMENTAIRES OU AUTRES

Votre enfant présente-il des allergies ?

OUI  NON

Si oui, lesquelles : .....

Joindre **obligatoirement** un certificat médical précisant les sources d'allergies de l'enfant.

Actuellement, l'enfant suit-il un ou plusieurs traitements ? : OUI  NON

Si oui, le(s)quel(s) :

Si l'enfant doit suivre un traitement, n'oubliez pas de nous apporter l'ordonnance du médecin avec les médicaments correspondants **aucun médicament ne sera administré sans ordonnance.**

Votre enfant mouille-t-il son lit ? OUI  NON  OCCASIONNELLEMENT

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ? OUI  NON

Type de restauration souhaitée pour votre enfant :

Classique  Sans porc  Végétarien

**Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant (nom, prénom) ....., autorise en cas d'accidents, l'équipe de Direction à faire transporter mon enfant au centre hospitalier de Trévenans et autorise toutes les interventions médicales ou chirurgicales d'urgence en cas de besoin immédiat selon les prescriptions du corps médical consulté. Je m'engage par ailleurs, à rembourser le montant des frais médicaux.**

Remarques :

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

Fait à : .....

Date : .....

Je soussigné ..... responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Signature :

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