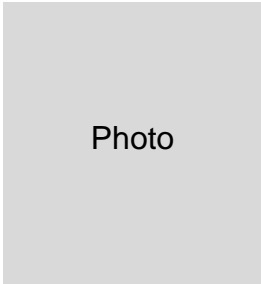




Cadre réservé à la direction
CS AR AI

Fiche Sanitaire 2024/2025



Les activités de mon enfant (cochez la case)

- Accueil de Loisirs Mercredi (7h30-18h30)
- Accueil de Loisirs Vacances (7h30-18h30)

IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom :

Prénom : Sexe : F – M .

Date de naissance : Lieu de naissance : Age :

Adresse :

.....

École fréquentée : Classe :

INFORMATIONS FAMILIALES ET ADMINISTRATIVES

(Les factures seront établies au nom et adresse du responsable légal)

Situations des parents : Célibataire - Vie maritale- Pacsés - Mariés - Séparés - Divorcés –
Veuf/Veuve
(Rayer les mentions inutiles)

IDENTITÉ DE LA MÈRE ou de la tutrice légale	IDENTITÉ DU PÈRE ou du tuteur légal
Nom et prénom :	Nom et prénom :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Adresse du domicile, (si différente de l'enfant) :	Adresse du domicile, (si différente de l'enfant) :
Téléphone : Tél. Portable :	Téléphone : Tél. Portable :
Tél. Professionnel :	Tél. Professionnel :
Email :	Email :
<input type="checkbox"/> Réfèrent facturation* Acceptez-vous de recevoir vos factures par courriel ? Oui Non	<input type="checkbox"/> Réfèrent facturation* Acceptez-vous de recevoir vos factures par courriel ? Oui Non

Personnes à contacter et/ou autorisées à venir chercher l'enfant en cas d'urgence ou d'indisponibilité des
représentants légaux (Présentation obligatoire d'une pièce d'identité)

Nom : Prénom : Qualité :

Téléphone : Tél. Pro : Tél. Portable :

Nom : Prénom : Qualité :

Téléphone : Tél. Pro : Tél. Portable :

Assurance Responsabilité Civile

Nom :

Adresse :

N° de contrat :

Régime de sécurité sociale :

Régime général

Régimes spécifiques
(RSI, SNCF, EDF, GDF, RATP...)

Mutuelle :

Nom :

Adresse :

N° de contrat :

INFORMATIONS ALIMENTAIRES :

RÉGIME	OUI	NON	Lesquelles
Sans Porc			
Allergies Alimentaires			

INFORMATIONS MÉDICALES

P. A. I : OUI NON (Protocole d'Accueil Individualisé : Merci de fournir la copie du PAI)

Maladie	OUI	NON	Lesquelles
Allergies médicamenteuses			
Allergies respiratoires			
Autres allergies			
Asthme			
Varicelle			
Rougeole			

Nom du médecin traitant : Téléphone :

Adresse :

Si votre enfant suit un traitement médical ponctuel, 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.

Observations complémentaires (Retrait de lunettes en cas de sport, appareil dentaire, etc..) :

.....

.....

.....

Documents à fournir lors de l'inscription :

- La copie des vaccins du carnet de santé à jour
 - L'assurance en responsabilité civile au nom de l'enfant
 - Copie du dernier Avis d'imposition
-

AUTORISATION

Je, soussigné(e), déclare sur l'honneur, avoir le plein exercice de l'autorité parentale et atteste l'exactitude des renseignements suivants :

- Autoriser la direction à prendre toutes les dispositions utiles, en cas d'urgence, en vue de la mise en œuvre des traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s'imposer,
- Autoriser l'utilisation des photos ou vidéos prises lors des temps d'animations organisées par Charlotte Loisirs et/ou la commune, sur lesquelles pourrait figurer mon enfant. Si cas contraire, signaler par écrit votre refus à la direction de l'accueil de loisirs,
- Autoriser mon enfant à participer aux diverses activités et sorties organisées par l'Accueil de Loisirs,
- M'engager à ce que mon enfant respecte les règles de vie,
- M'engager à prévenir la direction de l'accueil en cas d'absence inhabituelle de mon enfant (maladie),
- M'engager à régler l'intégralité des frais mensuels par chèque à l'ordre de Charlotte Loisirs si non inscription exceptionnelle via le portail famille
- Reconnaître avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- M'engager à venir accompagner mon enfant jusque dans l'enceinte de l'Accueil de Loisirs le matin et le soir, et à signer la feuille d'émargement,
- Autoriser seulement les personnes habilitées à récupérer mon enfant, munies de leur pièce d'identité,
- M'engager à inscrire et/ou à désinscrire mon enfant dans un délai de 48h, sans quoi la présence sera facturée.

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueils de Loisirs et reconnais accepter l'ensemble des dispositions (Règlement intérieur à récupérer auprès de la direction de votre accueil de loisirs).

Fait à :

Le :

Signature du père (ou tuteur légal) :

Signature de la mère (ou tutrice légale) :

(Du responsable légal précédée de la mention « lu et approuvé »)

(Du responsable légal précédée de la mention « lu et approuvé »)

Cadre réservé à la direction de l'accueil de loisirs

Date de réception du dossier par le service administratif (pour une 1^{ère} inscription) :

Date de réception du dossier par l'accueil :

Signature du directeur :

Objet et Date de Modification/Observation pendant l'année :