

Année 2020 - 2021

Entourer ou Surligner les accueils concernés

PERISCOLAIRE MERCREDI CENTRE DE LOISIRS CIRQUE ANNEE STAGE CIRQUE

RENSEIGNEMENTS ENFANT

NOM _____ Prénom _____

Date de naissance _____

ECOLE : _____

CLASSE _____

RENSEIGNEMENTS RESPONSABLES LEGAUX

PERE (ou responsable légal)

MERE (ou responsable légal)

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

Mail :

Mail :

Téléphone domicile :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Téléphone portable :

Employeur :

Employeur :

Commune employeur :

Commune employeur :

Téléphone travail :

Téléphone travail :

N° SECURITE SOCIALE : _____

Situation familiale : _____

ATTENTION : Les parents, mêmes séparés, sont supposés exercer conjointement l'autorité parentale. En cas de séparation des parents, les deux parents sont indiqués comme étant à prévenir en cas d'urgence.

En cas de droit de garde restreint, la restriction devra être clairement exprimée.

Tout changement de situation familiale devra être signalé auprès du secrétariat.

Renseignements obligatoires pour les moins de 18 ans, sinon le tarif plein sera appliqué.

CAF N° Allocataire : _____

AUTRE (MSA ou autre) N° : _____

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

LOISIRS ET CULTURE / CIRK'EOLE

11BIS - 13 & 4 RUE DES COUVENTS 57950 MONTIGNY LES METZ

03.87.62.70.96 // secretariat@loisirs-et-culture.fr ou enfance@loisirs-et-culture.fr

OBSERVATIONS

Documents à fournir:

Copie des vaccinations

PAI ou certificat médical en cas d'allergie(s) [alimentaire, asthme, autres]

Médicament(s) et ordonnance à remettre au responsable de l'accueil

Enfant en situation de handicap: Fiche d'autonomie et/ou PAI

.....
.....

INTITULE	OUI	NON
<p style="text-align: center;">DROIT A L'IMAGE</p> <p>Utilisation à des fins non commerciales des documents photos et/ou vidéos qui pourront être réalisés dans le cadre des accueils. Ces images resteront acquises à LOISIRS ET CULTURE de manière définitive et sans aucun paiement individuel. LOISIRS ET CULTURE en restera propriétaire et sera libre d'en disposer pour toute diffusion et utilisation ultérieure (site Internet de l'association, diffusion presse, supports de communication...).</p>		
<p style="text-align: center;">AUTORISATION D'URGENCE</p> <p>J'autorise le(la) directeur(trice), à prendre la décision de faire intervenir rapidement les personnes compétentes pour le bien-être physique ou moral de mon enfant, en cas de problèmes. Je serai prévenu(e) immédiatement.</p>		
<p style="text-align: center;"><i>PERISCOLAIRE, MERCREDIS LOISIRS ET CENTRE DE LOISIRS</i></p> <p style="text-align: center;">REGLEMENT INTERIEUR ET FONCTIONNEMENT</p> <p>Je m'engage, ainsi que les personnes mineures que je représente, à se conformer et en accepter toutes les mesures.</p>		
<p style="text-align: center;"><i>PERISCOLAIRE, MERCREDIS LOISIRS ET CENTRE DE LOISIRS</i></p> <p style="text-align: center;">JUSTIFICATIF CAF</p> <p>J'ai fourni un justificatif CAF attestant de mon numéro allocataire et de mon quotient familial. Sans ce document, le tarif plein sera appliqué.</p>		
<p style="text-align: center;">ATTESTATION ASSURANCE EXTRASCOLAIRE</p> <p style="text-align: center;">OBLIGATOIRE</p> <p>J'atteste avoir transmis une copie de l'attestation d'assurance extrascolaire de mon enfant dans le dossier d'inscription.</p>		

J'autorise mon enfant à quitter le centre accompagné des personnes suivantes :

NOM – Prénom	Coordonnées complètes / Numéros téléphone

(L'équipe sera préalablement informée et l'enfant sera confié à l'adulte autorisé sur présentation d'une pièce d'identité).

SIGNATURE :