

Cocher les activités concernées

À L'ANNÉE : PÉRISCOLAIRE // MERCREDI SOIRÉES ADOS COURS DE CIRQUEVACANCES : CENTRE DE LOISIRS CENTRE DE LOISIRS ADOS STAGE CIRQUE

L'ENFANT

NOM : Prénom : Date de naissance : / /

ÉCOLE : CLASSE :

LES RESPONSABLES Légaux

Responsable N°1

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél domicile : Tél portable : Mail :

Employeur : Commune employeur : Tél :

Responsable N°2

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél domicile : Tél portable : Mail :

Employeur : Commune employeur : Tél :

N° de sécurité 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.**N° d'allocataire : CAF Moselle MSA ou autre*Renseignements obligatoires pour les moins de 18 ans, sinon le tarif plein sera appliqué.*

ATTESTATIONS ET PIÈCES À FOURNIR

J'atteste avoir transmis une copie de l'attestation d'assurance extrascolaire de mon enfant oui nonJ'atteste avoir transmis une copie de l'attestation de **quotient familial CAF**. oui non

Sans ce document, le tarif plein sera appliqué

Je reconnais avoir pris connaissance des modalités d'accueil et de fonctionnement oui non

AUTORISATIONS

Droit à l'image : J'autorise Loisirs et Culture - Cirk'Eole à utiliser, à des fins non commerciales, des oui non

documents photos et/ou vidéos qui pourront être réalisés dans le cadre des accueils. Ces images resteront acquises à Loisirs et Culture - Cirk'Eole de manière définitive et sans aucun paiement individuel. Loisirs et Culture - Cirk'Eole restera propriétaire et sera libre d'en disposer pour toute diffusion et utilisation ultérieure (médiat, presse, affiches etc.)

Urgence : J'autorise le(la) directeur(trice), à prendre la décision de faire intervenir rapidement les oui non

personnes compétentes pour le bien-être physique ou moral de mon enfant, en cas de problèmes. Je serai prévenu(e) immédiatement.

Rentrer seul : J'autorise mon enfant à rentrer seul à la maison à la fin des activités oui non

J'autorise mon enfant à quitter le centre accompagné des personnes suivantes (hors responsables légaux) :

NOM / Prénom

Lien de parenté

Coordonnées complète / Numéros de téléphone

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

Fait à :, le

Signature :

Loisirs et Culture - Cirk'Eole

11bis, 13 et 4, rue des Couvents

57950 Montigny-lès-Metz

Tél : 03 87 62 70 96

secretariat@loisirs-et-culture.fr

enfance@loisirs-et-culture.fr

L'ENFANT

NOM DU MINEUR : PRÉNOM :
 Date de naissance : / / Sexe : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant

(Arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs)

1- VACCINATION

Fournir des photocopies des vaccins (au moins ceux obligatoires) ou de certificats de vaccinations.

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine, marquées au nom de l'enfant, avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : Alimentaires oui non Médicamenteuses oui non

Autres (animaux, plantes, pollen) oui non Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé** oui non

Si oui, précisez

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Régime alimentaire spécifique oui non

Si oui, précisez

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant etc.

4- RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

Tél domicile : Tél portable : Tél travail :

Responsable N°2

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

Tél domicile : Tél portable : Tél travail :

NOM ET TEL DU MÉDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e), responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Fait à :, le

Signature :