

Photo identité	ACCUEIL DE LOISIRS MULTI-SITES DU COGLAIS ANNEE 2017-2018 Fiche Individuelle et Confidentielle de renseignements administratifs et sanitaires	Couesnon Marches De Bretagne
----------------	---	---

Renseignements concernant l'enfant :

NOM : PRENOM : Sexe : M F
Date de naissance : Age :ans
Etablissement scolaire..... Classe.....
Observation pouvant permettre de mieux comprendre le comportement de votre enfant :
.....
.....

Responsable légal de l'enfant

(Cocher la ou les case(s) lorsqu'il s'agit du ou des responsable(s) légal (aux) de l'enfant inscrit)

PERE BEAU PERE TUTEUR MERE BELLE MERE TUTRICE

NOM :PRENOM : NOM :PRENOM :
Adresse : Adresse :
.....
Code postal : Ville : Code postal :Ville :
Profession : Profession :
☎ Domicile : ☎ Domicile :
☎ Travail : ☎ Travail :
📞 Portable : 📞 Portable :
Adresse e-mail : Adresse e-mail :

Renseignements administratifs complémentaires

SITUATION PARENTALE :

Mariés Séparés Divorcés Pacsés Union libre Veuf Célibataire
Qui a la garde de l'enfant ? Père Mère autre :

Si un des parents n'est pas autorisé à récupérer l'enfant, il est impératif de joindre une pièce justificative légale

Numéro CAF :CAF de :

OU

Numéro MSA :

Numéro sécurité social (obligatoire pour les personnes MSA) :

Responsabilité civile individuelle accident :

Compagnie : Contrat N° :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

NOM/PRENOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TELEPHONE

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :
(1) *Rayer la mention inutile*

1. A-t-il déjà présenté des allergies (1) :

ALIMENTAIRE		MEDICAMENTEUSE		ASTHME		AUTRE	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

Si oui précisez la cause de l'allergie, les conséquences possibles (*asthme, urticaire, œdème de Quincke, boutons, eczéma...*) et la conduite à tenir :

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

2. L'enfant doit-il suivre un traitement en Centre de Loisirs : OUI – NON (1)

Si oui, pour quel raison : Asthme Allergie alimentaire

Si vous avez répondu OUI à cette question, veuillez contacter le service concerné pour remplir un P.A.I

3. Un PAI a-t-il été mis en place lors de la scolarité précédente : OUI – NON (1)

Si oui fournir la copie (2)

4. A-t-il d'autres difficultés de santé : maladie, comportement, accident... (*les indiquer en précisant la date*) :

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

❖ Précautions à prendre ou attitude à avoir : par rapport aux difficultés indiquées ci-dessous :

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

5. Autres recommandations des parents : (port de lunettes, prothèse dentaire....)

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

(2) *En Accueil de loisirs, mini-camps, ou TAP l'accueil des enfants atteints de trouble de la santé doit se faire, quand il est possible, conformément aux prescriptions de l'encart du N°34 du B.O du Ministère de la Jeunesse et de l'Education du 18 septembre 2003. Celui-ci en prévoit toutes les modalités. Le prestataire les tient à disposition des intéressés pour les accompagner dans la mise en œuvre réciproque de celles-ci.*

 <p>ALSH du Coglais</p>	<p>ACCUEIL DE LOISIRS MULTI-SITES DU COGLAIS ANNEE 2017-2018</p> <p>Fiche Individuelle et Confidentielle de renseignements administratifs et sanitaires</p>	<p>Couesnon Marches De Bretagne</p>
--	--	--

6. Vaccination : se référer au carnet de santé de l'enfant.

Vaccins obligatoires			Date dernier rappel	Vaccins recommandés	Date
	OUI	NON			
Diphtérie				Hépatites B	
Tétanos				Rubéole/Oreillons/Rougeole	
Polomyélite				Coqueluche	
ou DTPolio				Autre (préciser)	
ou Tétracoq					

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

CERTIFICAT MEDICAL :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie avoir examiné l'enfant :.....
Ce dernier ne présente aucun signe contre-indiquant, la pratique d'activités sportives y compris en initiation, ne présente aucun signe de maladie contagieuse et satisfait aux obligations légales fixées par la législation relative aux vaccinations et est donc apte à fréquenter le centre de loisirs collectif.

Observation(s) éventuelle(s) :.....
.....

Cacher, Nom et Prénom du médecin.

Date et signature du docteur :

Documents à fournir dûment complétés (Impérativement pour le 1^{er} jour de présence au centre de loisirs)

X	La présente fiche dûment renseignée, datée et signée
X	Numéro CAF ou copie du dernier justificatif MSA
X	Justificatif de domicile (facture EDF, Eau, ou quittance de loyer datant de moins de 3 mois)
X	Jugement de divorce pour les parents séparés concernant la garde des enfants.
X	Le certificat médical rempli par votre médecin traitant (en haut sur le dossier)
X	Copie de l'Assurance extra-scolaire ou de l'Attestation d'Assurance Responsabilité Civile Individuelle Accident (pour les activités, les sorties, les mini camps...)
X	Photo d'identité

 <p>ALSH du Coglais</p>	<p>ACCUEIL DE LOISIRS MULTI-SITES DU COGLAIS ANNEE 2017-2018 Fiche Individuelle et Confidentielle de renseignements administratifs et sanitaires</p>	<p>Couesnon Marches De Bretagne</p>
--	--	--

Autorisation parentale obligatoire

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant....., reconnais avoir rempli la présente fiche et certifie exact les renseignements fournis :

- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités du centre.
- Autorise l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident impliquant votre enfant (SAMU, Pompiers, hospitalisation, anesthésie).
- Autorise la SPL Services familles à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités du centre de loisirs par les moyens de transports collectifs (bus, minibus...)
- Autorise la SPL Services Familles à traiter sur un support informatique les informations concernant mon enfant.
- Autorise la SPL Services Familles à consulter mes ressources sur l'outil informatique CAFPRO mis à la disposition par la CAF.
- Je m'engage à informer par écrit le centre de loisirs de toute modification qui surviendrait en cours d'année.
- Je déclare avoir pris connaissance du projet pédagogique et du règlement intérieur et m'engage à les respecter (*consultable et téléchargeable sur les sites alshducoglais.wix.com ou sur le site internet Couesnon Marches de Bretagne*).
- Autorise expressément et sans contrepartie la SPL Service Familles à prendre ou faire prendre des photos de mon enfant au cours des activités organisées dans le cadre du centre de loisirs ; et à les utiliser sur tous supports de communication(*).
- Autorise mon enfant de plus de 7 ans à quitter seul le centre de loisirs à partir deheures (*)
(*) rayer en cas de refus.

A.....Le...../...../.....

« Lu et approuvé » (mention manuscrite)

Signature obligatoire du responsable légal de l'enfant.



SPL Services Familles, maison du Coglais
5 Rue Charles de Gaulle
St Etienne-en-Coglès
35460 MAEN-ROCH
Tél : 02 99 18 42 44 / 06 81 54 04 31
Email : spl.alshdirection@gmail.com
Site internet : alshducoglais.wix.com

