

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ACCUEILS DE LOISIRS 2020

ENFANT

Nom Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse complète :

SITUATION FAMILIALE

célibataire mariés vie maritale pacés divorcés* séparés* veuf(ve)

* : existe-t-il des dispositions particulières pour la garde de votre enfant ? oui non

Si oui merci de joindre une copie du jugement.

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

PERE ou tuteur :

ADRESSE (si différente de celle de l'enfant) :

.....

.....

Numéros de téléphone :

MERE ou tutrice:

ADRESSE (si différente de celle de l'enfant) :

.....

.....

Numéros de téléphone :

Numéro de sécurité sociale auquel est rattaché l'enfant : _ _ _ _ _ clé _ _

Centre payeur :

Avez- vous une mutuelle? OUI, laquelle (nom et lieu) : NON

Bénéficiez-vous de la C.M.U.? OUI NON

N° d'allocataire CAF :

Quotient Familial :

Lieu de scolarisation/établissement scolaire (école, collège, établissement, IME, ITEP, ...)

↳ Nom : VILLE : Classe :

ACCUEIL PERI-A.L.

L'Accueil péri-AL est réservé aux enfants dont les deux parents travaillent et qui ne peuvent, du fait de leur planning professionnel, déposer ou reprendre leurs enfants aux heures habituelles d'ouverture des accueils. Cet accueil péri-AL est prévu le matin entre 7h00 et 8h45 et le soir entre 17h15 et 19h00.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'état de santé de votre enfant nécessite-t-il la mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé (traitement médical, allergie alimentaire, accompagnement spécifique relatif à des difficultés de santé etc...)? OUI NON

Si oui, le Protocole d'Accueil Individualisé est-t-il déjà mis en place ? OUI NON

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ? OUI NON

Si oui merci de préciser lequel : _____

Votre enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui merci de joindre obligatoirement l'ordonnance et les médicaments correspondants.

Votre enfant est-il à jour des vaccins obligatoires (DT polio, Tétracoq, BCG) ? OUI NON

Merci de joindre une copie du carnet de vaccination.

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires etc.. :

AUTORISATION PARENTALE

La sécurité de votre enfant est un souci constant pour nos équipes d'encadrement.

Afin de nous aider à l'assurer au mieux, merci de remplir avec soin ce document. Votre enfant ne pourra être remis à une autre personne que son responsable légal sans cette autorisation. De même, il ne pourra repartir seul du centre. Pensez à signaler tout problème à l'équipe d'encadrement. Merci de votre collaboration.

JUILLET 2020 - Accueil fréquenté :

Je soussigné(e) M. Mme, déclare :

Autoriser mon enfant à repartir seul à la fin de l'accueil

Reprendre mon enfant à la fin de la journée d'accueil

Autoriser M. Mme à reprendre mon enfant *Signature :*

AOÛT 2020 - Accueil fréquenté :

Je soussigné(e) M. Mme, déclare :

Autoriser mon enfant à repartir seul à la fin du centre

Reprendre mon enfant à la fin de la journée d'accueil

Autoriser M. Mme à reprendre mon enfant *Signature :*

En outre, je déclare :

- Autoriser ma fille / mon fils à se baigner et à pratiquer toute autre activité sportive ou culturelle proposée par l'Accueil de Loisirs.
- Autoriser, aux Services Communication et Enfance-Jeunesse de la Ville de SECLIN, de reproduire pour Seclin Magazine, pour le guide de l'enfant, pour le guide des Accueils, le site web de la Ville et/ou le Facebook du Conseil des Jeunes les photographies prises lors de ces activités.
- Autoriser la Direction de l'Accueil de Loisirs à prendre toutes les mesures médicales pour mon enfant en cas d'extrême urgence.

Seclin le :

Signature des responsables légaux :