

(Ce document est à remplir obligatoirement par le(s)
responsable(s) légal(aux) de l'enfant - (1) Joindre
photocopie merci)

4/5 ans 10/12 ans

6/9 ans 10/13 ans

14/17 ans

PHOTO

Nom de l'enfant :

Garçon Fille

Prénom :

Né(e) le :

à :

Adresse :

Tél. portable et/ou fixe :

@ :

Taille :

Poids :

Pointure :

Sport pratiqué en club :

Nom du responsable légal 1 (Père/Mère) :

Prénom :

Adresse :

Tél. fixe :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

@ :

Nom du responsable légal 2 (Père/Mère) :

Prénom :

Adresse :

Tél. fixe :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

@ :

Vos prestations Sociales et Familiales (1)

Quotient Familial (1) :

N° allocataire :

CAF Ardèche CAF Drôme MSA Bourses départementales

Autres :

N° de Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant) :

Compagnie d'assurance et N° de contrat (1) :

Numéro de téléphone de la compagnie :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom & Prénom

Lien de parenté

N° de téléphone

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

SANTE

Renseignements médicaux concernant l'enfant (1)

Groupe sanguin si connu : **L'enfant suit-il un traitement médical ?** Oui Non

Si Oui, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (boites de médicaments d'origines marquées au nom de l'enfant et avec la notice, à remettre dans un sac et en mains propres au Directeur de l'ALSH ou au Responsable du groupe)

« ATTENTION AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE ! »

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ? (1) Rougeole Oui Non / Oreillons Oui Non

Rubéole Oui Non / Varicelle Oui Non / Coqueluche Oui Non /

Otite Oui Non **Allergies :** Asthme Oui Non / Alimentaires Oui Non

Médicamenteuses Oui Non

Autres :

.....

Vaccins obligatoires (1): Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite ou DT Polio ou Tétracoq

Vaccins recommandés (1): Hépatite B, Rubéole, Oreillons, Rougeole, Coqueluche, BCG.

Indiquez ci-après : Les difficultés de santé, (allergie, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre. Votre enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc...ainsi que toute autre recommandation qui vous semble utile concernant la santé de votre enfant.

.....

P.A.I : Projet d'Accueil Individualisé en cours ? si oui nous faire suivre le protocole et toutes informations utiles. (1)

.....

Médecin traitant :

Numéro de téléphone :

Autorisations

J'autorise le responsable de l'accompagnement et (ou) du séjour à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale, transfert vers l'hôpital ou à donner les médicaments nécessaires au traitement de mon enfant sur ordonnance médicale uniquement.

J'autorise le responsable de l'accompagnement et (ou) du séjour à faire la sortie de l'hôpital de notre enfant, si son état de santé est jugé satisfaisant par le médecin de service.

Je m'engage à rembourser dès la fin de l'activité la Communauté de Communes Ardèche Rhône Coiron l'avance des frais médicaux qui seraient engagés à cette occasion.

J'autorise l'équipe d'animation à diffuser l'image de mon enfant qui pourrait être prise lors des manifestations organisées par celle-ci, sur tous types de supports.

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin de l'activité.

J'ai pris connaissance du règlement intérieur et je m'engage à le faire respecter.

J'autorise le Service Jeunesse à me faire suivre par mail toutes les informations concernant les animations sur la Communauté de Communes Ardèche Rhône Coiron et tous les documents administratifs (factures,...).

Je soussigné(e),

responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à

Signature

Le

PIECES A FOURNIR POUR DOSSIER COMPLET

- Le quotient familial
- Un certificat médical
- Les vaccins à jour
- L'assurance
- un RIB
- Le test anti-panique (en cas de pratique aquatique)