

NOM et Prénom :

Date de Naissance : **Sexe :** Masculin Féminin

Enfant vivant chez : Père – Mère – Parents – Garde Alternée - Famil. Accueil

Régime Alimentaire Particulier

Régime Social : Général - Autre (à préciser : EDF, SNCF, MSA).....

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom.....**Téléphone**.....

Père Responsable Légal <input type="checkbox"/>	Mère Responsable Légale <input type="checkbox"/>
NOM et Prénom :	NOM et Prénom :
Date Naissance :	Date Naissance :
Tel. Fixe.....	Tel. Fixe.....
Tel. Portable.....	Tel. Portable.....
Adresse	Adresse
E.Mail.....	E.Mail.....
Employeur (nom et lieu) :	Employeur (nom et lieu) :
Tél. Profess. :	Tél. Profess. :

Facturation au nom de

J'autorise OUI NON l'Espace Coluche à prendre en photo ou à filmer mon enfant et à utiliser ces supports dans le cadre de la réalisation de documents (plaquettes, bilans, presse, etc.)

J'autorise mon enfant âgé de plus de 6 ans à rentrer seul à la maison OUI NON

En Accueil Jeunes ; l'Enfant est automatiquement autorisé à sortir seul de la structure

Je soussigné(e)

Père, Mère, Tuteur, Responsable légal de l'enfant

Autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant au Centre de Loisirs :

Mr, Mme	Tel. Fixe.....
Mr, Mme	Tel. Fixe.....

FICHE INDIVIDUELLE De RENSEIGNEMENTS (suite)

Année 2011/2012

Enfant.....

1 – VACCINATIONS

Fournir la photocopie de tous les certificats de vaccinations de l'enfant.

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Si l'enfant suit un traitement médical au cours de l'accueil, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE Oui Non	VARICELLE Oui Non	ANGINE Oui Non	SCARLATINE Oui Non	COQUELUCHE Oui Non
Rhumatisme Articulaire Aigu Oui Non	OTITE Oui Non	ROUGEOLE Oui Non	OREILLONS Oui Non	

ALLERGIES : Asthmes Oui Non Médicamenteuse Oui Non Alimentaires Oui Non
Autres.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, ré-éducation) **en précisant les dates et les précautions à prendre**

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.....

Votre enfant est-il pris en charge par un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) OUI NON

Si Oui, joindre une copie

Je soussigné (e)Inscrit mon enfant et l'autorise à participer aux différentes activités proposées. Je m'engage à ce que le règlement intérieur soit respecté, certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à informer le Secrétariat de tout changement de coordonnées, d'allergies, etc. J'autorise la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

J'accepte le tarif en vigueur

Genlis, Le

Signature :