

Actes médicaux

J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant. En cas de nécessité, le service de secours conduira l'enfant au service des urgences le plus proche.

Sorties en groupe

J'autorise mon enfant à participer aux sorties mises en place par l'équipe d'animation.

Autorisation de sortie

J'autorise mon enfant à rentrer seul Oui Non

Les personnes suivantes sont autorisées à venir chercher mon enfant :

NOM : Prénom : Tél. :

NOM : Prénom : Tél. :

NOM : Prénom : Tél. :

Droit à l'image

J'autorise la communauté d'Agglomération du Bocage Bressuirais à photographier et à filmer mon enfant dans le cadre d'animations ou de la réalisation de supports de communication édités par le bénéficiaire. J'accepte l'utilisation, l'exploitation et la reproduction de son image, sur quelque support que ce soit, à destination du bénéficiaire et de ses partenaires.

La présente autorisation est donnée pour tous les domaines d'exploitation tant qu'ils viseront à valoriser le service dans le respect de la préservation de la réputation et de la vie privée de mon enfant.

Je souhaite que l'image de mon enfant ne soit utilisée que dans le cadre d'animations

Je souhaite que l'image de mon enfant ne soit utilisée sur aucun supports

Abonnement à la lettre d'information électronique

J'accepte de recevoir l'actualité générale et l'actualité à destination des familles de l'Agglomération du Bocage Bressuirais.

Je ne souhaite recevoir que l'actualité des familles

Je ne souhaite pas recevoir de lettre d'information électronique

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et m'engage à communiquer sans délai tout changement concernant cet imprimé. Je m'engage également à respecter le règlement intérieur des accueils de loisirs et périscolaires.

Fait le /... /..... A

Signature du représentant légal :

Agglomération du Bocage Bressuirais
Pôle social et service à la personne
2 place du Millénaire - BP 90184
79304 Bressuire Cedex
05 49 81 75 75 - social@agglo2b.fr

Antenne de Moncoutant : 05 49 72 02 44 - enfance@agglo2b.fr



Conception : Agglomération du Bocage Bressuirais - avril 2016

Service Enfance 3 - 17 ans



FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2017 - 2018

NOM de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance : /... /..... fille garçon

Commune de résidence :

EN CAS D'URGENCE

Personne à contacter :

Tél. :

Inscription

à l'accueil de loisirs de :

Documents à fournir

- Photocopie du carnet de vaccination
- Copie de l'attestation de la Carte Vitale
- Bons MSA signés avec l'attestation QF (pour les allocataires MSA)
- En cas de participation à une activité nautique (hors piscine) : le brevet de natation 25m ou le test d'aisance aquatique.

Les informations recueillies par l'Agglomération du Bocage Bressuirais font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à ses services l'instruction du dossier pour lequel elles ont été collectées. Ces informations sont à destination de nos services. Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en envoyant un courriel à communication@agglo2b.fr. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

INFORMATIONS GENERALES

Coordonnées des représentants légaux

Père

Mère

NOM :
Prénom :
Adresse :
CP :
VILLE :
Né(e) le :
Profession :
Employeur :
Tél. personnel :
Courriel :

Responsable de l'enfant si différent des représentants légaux

NOM :
Prénom :
Adresse :
CP : Ville :
Tél. personnel :
Courriel :

Fratrie

Nom : Prénom : Né(e) le : .../.../...
Nom : Prénom : Né(e) le : .../.../...
Nom : Prénom : Né(e) le : .../.../...

Informations complémentaires

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

Allocataire

CAF n°
Autorise à consulter le Quotient Familial sur CAF Pro Oui Non
 MSA (fournir les bons MSA et l'attestation QF)

Facturation

Adresse de facturation : Père Mère Responsable de l'enfant

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM de l'enfant :
Prénom :

Responsable légal

NOM :
Prénom :
Adresse :
CP - VILLE :
Tél. domicile :
Tél. portable :
Tél. bureau :

Vaccinations

Fournir la copie du carnet de vaccination (carnet de santé).
Si l'enfant n'a pas ses vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. (Attention, le vaccin antithétanique ne présente aucune contre-indication)

Renseignements médicaux

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (cocher la/les cases correspondantes)

Rubéole Rhumatisme aigu Otite
 Varicelle Scarlatine Rougeole
 Angine Coqueluche Oreillons

L'enfant présente-t-il une allergie ? (cocher la/les cases correspondantes)

Asthme Alimentaire Médicamenteuse Autre

Préciser la conduite à tenir :

L'enfant a-t-il un projet d'accueil individualisé à l'école (PAI) ?

Oui Non

Indiquez les autres difficultés de santé en précisant les dates :

(maladie, accident, opération, hospitalisation, crise convulsive)

.../.../..... :
.../.../..... :
.../.../..... :

Recommandations utiles (Lentilles, lunettes, prothèse auditive, prothèse dentaire ...)

.....
.....

Médecin traitant

NOM :
Commune : Tél. :

N° de sécurité sociale :

Fournir la copie de l'attestation de la Carte Vitale concernant l'enfant.