

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2019 - 2020

NOM de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance : / /

fille garçon

Commune de résidence :

EN CAS D'URGENCE

Personne à contacter :

Tél. :

Scolarisé à l'école :

Classe 2019-2020 :

Commune de :

Documents à fournir

Pour tous :

- Photocopie du carnet de vaccination

Pour le périscolaire, les mercredis et les vacances :

- Bons MSA signés avec l'attestation QF (pour les allocataires MSA)

INFORMATIONS GENERALES

Coordonnées des représentants

Parent 1 Père Mère

Parent 2 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 n°
(fournir les bons MSA et l'attestation QF)

Facturation

Adresse de facturation : Parent 1 Parent 2
 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 anti-thétanique ne présente aucune contre-indication)

Renseignements médicaux

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

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Rubéole | <input type="radio"/> Rhumatisme aigu | <input type="radio"/> Otite |
| <input type="radio"/> Varicelle | <input type="radio"/> Scarlatine | <input type="radio"/> Rougeole |
| <input type="radio"/> Angine | <input type="radio"/> Coqueluche | <input type="radio"/> 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. :

AUTORISATIONS

Actes médicaux

J'autorise le responsable 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 et à prendre les transports nécessaires dans le cadre de ces sorties.

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 sur aucun supports

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