



Fiche Individuelle de Renseignements 2016-2017

MERCI DE COMPLETER ET/OU CORRIGER TOUTES LES INFORMATIONS CONTENUES DANS CETTE FICHE.

Nom, prénom de l'enfant Né(e) le :

Ecole : Classe

Famille : Parentale Monoparentale Recomposée Accueil

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) :

PARENTS DE L'ENFANT

	Mère <input type="checkbox"/>	Belle-mère <input type="checkbox"/>	Responsable <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/>	Beau-père <input type="checkbox"/>	Responsable <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :						
Adresse du domicile :						
Tél. Domicile/Portable :						
Courriel :						
Situation familiale :						
Catégorie socioprof. :						

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

	Mère	Père
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		
Profession parents :		

COORDONNEES DES PERSONNES (autres que les parents) AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

N° Allocataire C.A.F. : Régime social :
C.A.F. d'appartenance : CAF DU DOUBS Autre C.A.F.

Nom et adresse de facturation :

Compagnie d'assurance N°Téléphone N°Contrat :

REGIME ALIMENTAIRE : normaux sans porc sans viande AUTRE

Médecin traitant Nom : **Téléphone**

Adresse :

ALLERGIES :

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

Dans le cadre des allergies alimentaires ou problèmes de santé de l'enfant, un PAI est-il mis en place?

OUI , merci de nous transmettre le protocole, ainsi que les médicaments (attention à la date de péremption) dans une trousse à pharmacie au nom de l'enfant

NON, merci de remplir la décharge ci-dessous :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant atteste que celui-ci, bien que souffrant d'allergies alimentaires, n'a pas besoin d'un PAI, et que par conséquent, en cas d'incident relatif à cette allergie, le personnel des Francas de MATHAY ne sera pas jugé responsable.

ATTENTION en dehors des PAI, nous ne pouvons pas donner de médicaments aux enfants.

Recommandations des parents :

.....

.....

La photocopie du carnet de vaccinations de votre enfant doit obligatoirement être fournie.

S'il n'est pas vacciné, merci de joindre un certificat du médecin justifiant l'absence de vaccination.

L'enfant sait-il nager ? OUI NON **Piscine autorisée :** OUI NON

Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives.

OUI NON

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...)

OUI NON

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités

OUI NON

Ayant pris connaissance des conditions de fonctionnement du centre de loisirs et/ou des APE et/ou de la MDJ, je soussigné _____ responsable légal de l'enfant,

1/ autorise mon enfant à participer TOUTES LES ACTIVITES proposées par les organisateurs des accueils.

2/ certifie exact les renseignements portés sur cette fiche.

3/ Décharge les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir avant ou après les heures de fonctionnement.

4/ Autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.

5/ Dégage l'association LES FRANCAS DU DOUBS de toute responsabilité en cas de vol ou de perte d'objets personnels (vêtements; bijoux, portables.....)

Fait à , **le** **Signature :**