

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

L'ENFANT

Nom : Prénom : Sexe M F

Date et lieu de naissance : / / à Classe fréquentée :

Adresse des parents : N° Rue

Code postal et ville :

☎ domicile : Portable mère :

Portable père :

E-mail :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom et prénom du père ou du responsable légal :

Employeur et téléphone :

Nom et prénom de la mère ou de la responsable légale :

Employeur et téléphone :

N° de caisse d'allocations familiales :

Référence du contrat d'assurance Responsabilité Civile de l'enfant :

Nom et N° de la mutuelle :

Personne à contacter, autre que les parents, en cas d'urgence :

Lien de parenté : N° téléphone :

Autorisation

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant, autorise le Directeur/la Directrice et les animateurs de l'accueil de loisirs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident de l'enfant (transport à l'hôpital ou chez le médecin, traitements médicaux, anesthésie et intervention chirurgicale).

Cette fiche de renseignements est valable dans tous les services de la communauté d'agglomération du Beauvaisis.

Cependant, à chaque nouvelle inscription, il vous sera demandé une mise à jour des informations.

Date et signature des parents

COMMUNAUTE D'AGGLOMERATION DU BEAUVAISIS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

A.L.S.H / T.A.P

1. ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon Fille

2. VACCINATION

Joindre **obligatoirement** la photocopie du carnet de santé de l'enfant concernant les vaccins suivants : ➤ **Vaccination DT POLIO**

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI NON

Si oui, joindre **obligatoirement** l'ordonnance 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		SCARLATINE		OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

* Cochez les cases correspondantes.

Autre(s) maladie(s) :

L'ENFANT A-T-IL LES ALLERGIES SUIVANTES ?

Asthme : OUI NON

Alimentaires : OUI NON

Médicamenteuses : OUI NON

Autres :

Précisez la ou les cause(s) de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler).

.....

.....

Votre enfant a-t-il un P.A.I : OUI NON

Cette fiche sanitaire est valable dans tous les A.L.S.H et T.A.P de la Communauté d'Agglomération du Beauvaisis.

Cependant, à chaque nouvelle inscription, il vous sera demandé une mise à jour des informations.

*Pour toute activité sportive dite « à risque », un certificat médical de non contre-indication à sa pratique est **obligatoire**.

Date et signature des parents

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné.....responsable de l'enfant.....autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisations, intervention chirurgicale, sortie de l'hôpital) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

- Accepte de payer les frais liés aux soins (obligatoire pour la fréquentation de la structure)
- Accepte que mon enfant soit pris en photo ou filmé sans but commercial
- Accepte que la photo de mon enfant soit utilisée ou dans les documents de communication de la communauté d'agglomération du Beauvaisis
- Accepte que mon enfant participe aux sorties de l'accueil de loisirs
- Accepte que mon enfant participe aux activités aquatiques

oui	non

- Accepte que mon enfant quitte seul l'accueil de loisirs

Si oui, mon enfant est autorisé à partir à

Entre 16h30 et 18h30 le mercredi - Entre 16h30 et 18h00 durant les vacances scolaires

oui	non

Si non, mon enfant est autorisé à partir avec (Nom + téléphone):

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

- Accepte que mon enfant quitte seul la navette

oui	non

Si non, mon enfant est autorisé à partir avec :

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Fait à

Le

Signature du représentant légal :