

Autorisations :

J'autorise mon enfant à pratiquer les différentes activités proposées par l'accueil de loisirs :

Oui Non

J'autorise mon enfant à être filmé ou pris en photo lors des activités : Oui Non

J'en autorise la diffusion sur :

le site internet de la ville le journal de la ville sur tous autres supports

les comptes Facebook et Twitter de la ville

J'autorise la direction de l'accueil de loisirs à prendre toutes les mesures d'urgence, tant médicales que chirurgicales y compris éventuellement l'hospitalisation en cas d'accident survenu à mon enfant :

Oui Non

Information : en cas d'urgence concernant votre enfant, les responsables de l'accueil de loisirs appelleront les services médicaux de 1ère urgence et la famille.

Pour les enfants à partir du CE1 :

J'autorise mon enfant à quitter l'accueil de loisirs seul : Oui Non

Si oui, fournir une lettre manuscrite à l'attention de la directrice de l'ALSH.

Je certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche.

Si des renseignements contenus dans cette fiche changent en cours d'année, je m'engage à le signaler au service enfance, jeunesse et écoles ainsi qu'aux responsables de l'accueil de loisirs.

Aussi, je m'engage à prendre connaissance du fonctionnement de l'ALSH, de l'appliquer et de créditer mon compte Carte + afin que celui-ci ait toujours un solde positif.

Toute participation aux activités périscolaires et extrascolaires implique l'acceptation du règlement dans son intégralité.

Lu et approuvé à Étiolles le _____

Signature des parents ou du représentant légal :

Votre enfant ne sera pas accepté au centre si cette fiche n'est pas rendue complète

**Periscolaire
2018/2019**



ÉTIOLLES

Photo
obligatoire

Fiche de renseignements

Accueil de loisirs municipal : periscolaire matin et soir, restauration, mercredis et vacances

Nom : _____ Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Classe fréquentée : _____

Nbre frère(s) sœur(s) : _____ Prénom et âge : _____

Nom et prénom de la mère : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse (si différente de l'enfant) : _____

Profession : _____ Nom de l'employeur : _____

Tél domicile : _____ Lieu de travail : _____

Tél portable : _____ Tél travail : _____

Adresse mail : _____

Situation familiale : _____

N° Allocataire CAF : _____

Nom et prénom du père : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse (si différente de l'enfant) : _____

Profession : _____ Nom de l'employeur : _____

Tél domicile : _____ Lieu de travail : _____

Tél portable : _____ Tél travail : _____

Adresse mail : _____

Situation familiale : _____

Personne(s) ayant autorité parentale de l'enfant

les 2 parents la mère le père

autre : en qualité de : _____

Tél : _____

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

Taille : _____ Poids : _____ Pointure : _____

L'enfant suit-il un traitement médical habituel ?

Oui Non si oui, lequel : _____

ATTENTION : aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans PAI.

(Protocole d'Accueil Individualisé)

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

rubéole varicelle angine scarlatine coqueluche otite
 rougeole oreillons

Autres : _____

Allergies de l'enfant : Asthme Alimentaires Médicamenteuses

Autres : _____

L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé ? Oui Non

PAI complet déposé au service EJE Oui Non

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

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

Recommandations utiles des parents : votre enfant porte t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez :

Régimes alimentaires : Repas sans viande Repas sans poisson

Repas sans porc Autre : _____

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant.

Merci de nous fournir la photocopie des vaccins)

Renseigner les dates des derniers rappels :

Diphtérie, tétanos, poliomyélite ou DT polio ou tétra coq : _____

Rubéole-oreillons-rougeole : _____

Coqueluche : _____

Hépatite B : _____

Bcg : _____

Autre : _____

Médecin généraliste ou pédiatre : Dr _____

Tel : _____

N° sécurité sociale protégeant l'enfant : _____

Assurance de l'enfant : (responsabilité civile) _____

Nom de la compagnie d'assurance de l'enfant (responsabilité civile) : _____

Adresse : _____

N° de sociétaire ou de contrat : _____

En cas de séparation ou de divorce, lieu de résidence de l'enfant :

Chez la mère Chez le père Résidence alternée

Répondants (à compléter obligatoirement - une pièce d'identité sera demandée)

Personnes habilitées à venir chercher votre enfant en cas d'indisponibilité de votre part.

Celles-ci dégageront de toutes responsabilités l'équipe d'animation.

Nom, prénom : _____

Tél. _____

Lien avec l'enfant : _____

Nom, prénom : _____

Tél. _____

Lien avec l'enfant : _____

Nom, prénom : _____

Tél. _____

Lien avec l'enfant : _____

SERVICES PERISCOLAIRES ET EXTRASCOLAIRES UTILISES

<i>merci de cocher</i>						
	L	M	Me	J	V	Occasionnellement
Accueil matin (7h30-8h20)						
Restauration scol.(12h-14h)						
Goûter (16h30-17h)						
Aide aux devoirs (17h-18h) uniquement pour les élémentaires						
Activités Soir (17h-18h)						
Accueil soir (18h-19h)						
Mercredis						