

# Fiche Enfant

## ENFANT

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Sexe : M / F

Téléphone de la maison : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

## FAMILLE

Nom de la Famille : \_\_\_\_\_

Adresse de facturation : \_\_\_\_\_

Téléphone de la maison \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Situation Familiale : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants à Charge : \_\_\_\_\_

Régime social : \_\_\_\_\_

- N°Allocataire CAF : \_\_\_\_\_

Aides : CAF Azur Bons MSA CNAS Autres : \_\_\_\_\_

### Père

Nom et Prénom \_\_\_\_\_

Téléphone fixe \_\_\_\_\_

Tel. Professionnel \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Autorité Parentale : **Oui / Non**

### Mère

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Tel. Professionnel : \_\_\_\_\_

Mobile : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Autorité Parentale : **Oui / Non**

Autorisation	Oui / Non
Autorise les responsables de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical et intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant en cas d'incapacité à joindre les parents.	
Autorise l'Accueil et Loisirs de Pluméliau à utiliser et diffuser à titre gratuite des photographies et vidéos réalisées dans le cadre de l'ALSH, ainsi qu'à exploiter ces clichés à des fins d'information ou publicitaires. Ces photographies et vidéos sont susceptibles d'être utilisées pour et par les supports suivants : activités manuelles, blog de la commune et du centre, diaporama et articles publiés dans les journaux.	
Autorise l'enfant à participer à toutes les activités proposées par l'ALSH de Pluméliau (camps, sorties...)	
Autorise l'enfant à quitter l'ALSH seul.	
Autorise le transport de l'enfant par un responsable de la structure (en minibus, voiture de fonction...)	

### Personnes à Contacter en Cas d'Urgence (par ordre de priorité)

Nom	Prénom	Adresse	Ville	Téléphone	Lien de Famille

### Personnes Autorisées à Venir Chercher l'Enfant autres que les Parents

Nom	Prénom	Adresse	Ville	Téléphone	Lien de Famille

# Fiche Enfant

## SANTE

Médecin	Spécialité	Adresse	Téléphone	Ville

## Vaccinations

Vaccins	Dernière Vaccination
BCG	
DT POLIO (DIPH, TÉTA, POLIO)	
ROR	

## Maladie(s) déjà eu...

ANGINE	Autres :
OTITE	
RUBEOLE	
VARICELLE	

## Notes Médicales

Autorisation d'Hospitalisation :

Etablissement Hospitalier :

Antécédants Médicaux	Commentaires - Hospitalisation

## Régimes Alimentaires

Régime Alimentaire	Commentaires

## Allergies, précisez la nature (asthme, alimentaire, ...)

Allergie	Commentaires

- Le représentant légal de chaque enfant certifie avoir souscrit une assurance (responsabilité civile) au nom de son enfant et couvrant tout dommage causé à autrui, dégradation du matériel ou équipement.
- Les heures et les lieux de rendez-vous sont à respecter. La responsabilité de la commune ne pourra en aucun cas être engagée en cas de retard ou d'absence de l'enfant. La commune est responsable de l'enfant que durant sa période de présence au centre.
- En cas de manquement à la discipline, l'organisateur se réserve le droit de mettre fin à la participation de l'enfant aux différentes activités proposées par la commune.
- Pour les Pass'Sports et Loisirs, le responsable légal de l'enfant s'engage à fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives ou une copie d'une licence sportive.
- Si vous souhaitez que la factures soit prélevée automatiquement, veuillez joindre un RIB, sans quoi la facture vous sera expédiée et sera à régler au Trésor Public de Baud.
- Le responsable légal s'engage à transmettre à la direction de l'Accueil et Loisirs toute mise à jour concernant cette fiche.

Je soussigné(e)..... responsable légal de l'enfant certifie avoir pris connaissance des conditions figurant sur le dossier d'inscription : la mise à jour de la fiche sanitaire, règlement intérieur...

Date, Signature(s)  
Mentionner "Lu et Approuvé"