

ACCUEIL PERISCOLAIRE
 ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT
Saison 2014 / 2015

Tranches d'âges : 3 / 5 ans 6 / 9 ans 10 / 12 ans

NOM de l'enfant : Prénom :
Date de naissance : Lieu :
Adresse :

Ecole : Classe :

Votre enfant sait nager : oui non Attestation : oui non
(à fournir)

Votre enfant fait-il la sieste oui non

LES PARENTS

Père :

NOM :
Prénom :
Adresse :

N° tél :
Portable :
Profession :
Employeur :
N° tél :
Adresse mail :

Mère :

NOM :
Prénom :
Adresse :

N° tél :
Portable :
Profession :
Employeur :
N° tél :

Quelles sont les personnes autorisées à venir chercher votre enfant :

Noms prénoms : N° tél. :

Renseignements administratifs

Documents remis : Photocopie carnet de santé Photocopie livret de famille Justificatif domicile
 Justificatif de scolarité Attestation CAF Bulletin d'adhésion
Montant adhésion à régler.....

N° Sécurité Sociale :
N° allocataire : C.A.F :
M.S.A :

Quotient familial : Montant aide :
Quotient familial : Montant aide :

Aide mairie de: oui non Montant aide :
Comité d'entreprise : oui non Montant aide :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) Mr, Mme, Melle

J'autorise **Je n'autorise pas** l'équipe pédagogique à filmer et prendre mon (mes) enfant(s) en photos pour le site internet du CSCC, pour des articles de presse ou autre support de valorisation des activités des enfants (expos).
Aucun commerce ne sera fait, ces images ou photos n'auront pour utilité que de valoriser les actions ou services de l'association

J'autorise **Je n'autorise pas** l'équipe pédagogique à transporter mon (mes) enfants dans les mini bus du CSCC, lors des activités extérieures, les clubs sportifs (les mercredis), ainsi que pour le service de restauration au lycée Emile Roux (les mercredis) ou à la Maison de retraite « les Sources » (petites et grandes vacances).

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

LES VACCINATIONS

Dates des derniers rappels

DT Polio ou Tétracoq :
BCG :
Hépatite B :
Rubéole Oreillon Rougeole :
Coqueluche :
Autres :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Rubéole : oui non
Varicelle : oui non
Rougeole : oui non
Oreillon : oui non

ALLERGIES :

Asthme : oui non
Alimentaire : oui non
Médicamenteuse : oui non

DIFFICULTES DE SANTE (préciser la nature, les précautions à prendre et les recommandations)

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

L'enfant suit-il un traitement médical : oui non (Si oui joindre une ordonnance)

Nom, adresse et N° tél de votre médecin traitant :.....
.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Je soussigné(e),.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'ALSH du CSC à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je reconnais aussi avoir pris connaissance du Règlement Intérieur de la Maison de l'Enfance, Accueil de Loisirs et Accueil Périscolaire .

A Confolens, le

Le A

Signature