

**L'ENFANT**     **Fille**     **Garçon**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

N° de Sécurité Sociale du parent sous lequel l'enfant est assuré :  
.....

**COMPOSITION DU FOYER FISCAL**

**REPRESENTANT LEGAL 1 (Personne redevable de la facture)**

Madame     Monsieur    **Lien de parenté avec l'enfant :**  **Mère**     **Père**     **Autre** : .....

**Situation familiale :**  Marié(e)     Divorcé(e)(1)     Séparé(e)(1)     Veuf(ve)     Personne seule     Union libre     Pacsé(e)

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Date et lieu de naissance : .....

Profession : ..... Employeur : .....

**E-mail :** .....@..... **(OBLIGATOIRE pour la transmission des informations urgentes)**

Domicile : .....     Portable : .....     Professionnel : .....

**Etes-vous affiliés (même si vous ne percevez pas d'allocations) à la :**

C.A.F.     oui     non    M.S.A     oui     non    Autres     oui     non

**Percevez-vous l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) de la CAF**     oui     non

Numéro Allocataire CAF : .....

**CONJOINT DU REPRESENTANT LEGAL 1**

Madame     Monsieur    **Lien de parenté avec l'enfant :**  **Mère**     **Père**     **Autre** : .....

Nom : ..... Prénom : .....

**Adresse : IDEM**

Date et lieu de naissance : .....

Profession : ..... Employeur : .....

E-mail : .....@.....

Domicile : .....     Portable : .....     Professionnel : .....

**COMPOSITION DU FOYER FISCAL**    **Nombre total d'enfants à charge : .....**

Nom	Prénom	Date de naissance	Ecole, collège, autres ...

(1) Veuillez fournir l'acte de jugement concernant la garde de l'enfant

**REPRESENTANT LEGAL 2 (A ne remplir qu'en cas de séparation ou divorce)**

Madame     Monsieur    **Lien de parenté avec l'enfant :**  **Mère**     **Père**     **Autre** : .....

**Situation familiale :**  Marié(e)     Divorcé(e)(1)     Séparé(e)(1)     Veuf(ve)     Personne seule     Union libre     Pacsé(e)

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Date et lieu de naissance : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Domicile : .....     Portable : .....     Professionnel : .....

PERSONNES MAJEURES autorisées à chercher l'enfant dans la structure d'accueil (Autre que les parents)			
Nom et prénom	Téléphone fixe	Téléphone portable	Lien avec l'enfant

PERSONNES MAJEURES à contacter en cas d'urgence (Autre que les parents)			
Nom et prénom	Téléphone fixe	Téléphone portable	Lien avec l'enfant

REGIME ALIMENTAIRE DE L'ENFANT
<input type="checkbox"/> Repas SANS porc <input type="checkbox"/> Repas SANS viande

MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT	MEDECIN SPECIALISTE DE L'ENFANT
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Téléphone : .....	Téléphone : .....
	Spécialité : .....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX		
Asthme : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Allergies ou intolérances alimentaires : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Difficultés de santé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Traitement de fond : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Allergies médicamenteuses : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Pollens <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :</b>		
.....		
.....		

RECOMMANDATIONS DES PARENTS
Votre enfant fait-il habituellement la sieste : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Votre enfant porte-t-il ? des lentilles : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non      des lunettes : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non des prothèses auditives : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non      des prothèses dentaires : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Autres à préciser :</b>
.....
.....

AUTORISATIONS ET ACCEPTATIONS
<b>Pour les activités nautiques :</b>
J'autorise mon enfant à se baigner : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Je certifie que celui-ci :
<input type="checkbox"/> Sait nager sur plus de 50m sans poser le pied <input type="checkbox"/> Se déplace sur plus de 25m dans l'eau avec accessoires de flottabilité <input type="checkbox"/> Ne sait pas nager
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche</li> <li>▪ Certifie que l'enfant est à jour des vaccinations exigées par la loi pour entrer en collectivité et a été reconnu apte à la pratique des activités de pleine nature (<b>si non, joindre un certificat de contre-indication</b>) : <b>certificat d'aptitude à fournir</b></li> <li>▪ Autorise le responsable du séjour à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgences, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins et à régler les frais médicaux et d'hospitalisation éventuels</li> <li>▪ Déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de l'accueil de loisirs et m'engage à le respecter</li> <li>▪ M'engage à payer l'intégralité des frais de séjours m'incombant</li> <li>▪ <b>Autorise l'association à me transmettre les factures par courrier électronique à l'adresse suivante :</b>            .....@.....</li> <li>▪ Autorise l'association à diffuser les photographies ou films réalisés dans le cadre des différentes activités sur lesquels figure mon enfant en dehors de toute utilisation commerciale (droit à l'image) : <input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non</li> </ul>

Fait à ..... Le ..... Signature du responsable légal :