

Données de facturation :

Régime d'appartenance

C.A.F. M.S.A. Autre :

Préciser le numéro d'allocataire ou numéro de Sécurité Sociale :

Adresse de facturation

<input type="checkbox"/> Monsieur	NOM :	<input type="checkbox"/> Madame	NOM :
Adresse :		Adresse :	
Facturation : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Facturation : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Documents à fournir

<input type="checkbox"/> Attestation de quotient familial C.A.F. ou M.S.A.	<input type="checkbox"/> Copie du carnet de santé (<i>vaccins obligatoires</i>)
<input type="checkbox"/> Autorisation d'hospitalisation et des soins d'urgence	<input type="checkbox"/> Assurance Responsabilité Civile ou Scolaire
<input type="checkbox"/> Autorisation de sortie seul(e)	<input type="checkbox"/> Attestation nautique / Diplôme de natation
<input type="checkbox"/> Justificatif de domicile de moins de trois mois <i>En cas d'hébergement chez une tierce personne : attestation d'hébergement et photocopie recto/verso de la pièce d'identité de l'hébergeant.</i>	<input type="checkbox"/> Carte de mutuelle (<i>pour l'Animation Jeunesse</i>)
	<input type="checkbox"/> Justificatif d'un Juge des Affaires Familiales (<i>le cas échéant</i>)

Attestation

Je, soussigné(e), NOM(S) :

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans le présent dossier, déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et des conditions de fonctionnement de l'Accueil de Loisirs du SIVU Enfance Jeunesse et m'engage à les respecter.

Fait à : le :

Signature(s) :

ACCUEIL DE LOISIRS - Dossier enfant 2019



L'enfant

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Âge :
Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Classe en cours :
École :	Commune de l'école :

Type de famille : Parentale Monoparentale Recomposée Famille d'accueil Autre

Responsables légaux

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
☎ domicile :	☎ domicile :
☎ portable :	☎ portable :
☎ travail :	☎ travail :
@ courriel :	@ courriel :
Date / Lieu de naissance :	Date / Lieu de naissance :
Profession :	Profession :
Nom / Adresse de l'employeur :	Nom / Adresse de l'employeur :

Autres personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Qualité :	Qualité :
☎ domicile :	☎ domicile :
☎ portable :	☎ portable :

Personnes autorisées à prendre l'enfant en charge :

Nom :	Prénom :	Qualité :
Nom :	Prénom :	Qualité :
Nom :	Prénom :	Qualité :

Personne interdite de prendre l'enfant en charge (joindre un justificatif) :

Nom :	Prénom :	Qualité :
-------	----------	-----------

Cadre réservé à la direction

Autorisations :			
<input type="checkbox"/> Personne interdite	<input type="checkbox"/> Maquillage	<input type="checkbox"/> Sorties	<input type="checkbox"/> Droit d'image : activités
<input type="checkbox"/> Baignade (où l'enfant a pied)	<input type="checkbox"/> Droit d'image : supports de communication	<input type="checkbox"/> Baignade (grand bain - attestation 25 m)	<input type="checkbox"/> Droit d'image : Internet
<input type="checkbox"/> Pratique d'activités nautiques et attestation 25 m	Précisions médicales :		
Autorisation rentrer seul(e) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Allergie	<input type="checkbox"/> Asthme	
Repas :		<input type="checkbox"/> Difficultés santé	<input type="checkbox"/> Autres
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sans porc	Préciser :	
<input type="checkbox"/> Sans viande	<input type="checkbox"/> Adapté	<input type="checkbox"/> P.A.I.	<input type="checkbox"/> Ordonnance
Préciser :		Préciser :	

La santé de l'enfant

Attention : Pour toute allergie alimentaire ou pathologie nécessitant un traitement médical d'urgence, un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) devra être mis en oeuvre.

Médecin traitant :

Nom :		Téléphone :	
-------	--	-------------	--

Vaccins :

Tout enfant accueilli en accueil collectif sans hébergement doit répondre aux obligations vaccinales fixées par le code de l'Action Sociale et Familiale. L'unique obligation porte sur **la Diphtérie, le tétanos et la poliomyélite** (pour les enfants nés avant le 01/01/2018).

Votre enfant est-il à jour de ce vaccin?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Joindre une copie du carnet de santé
--	---	--------------------------------------

Allergies

Médicamenteuses <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Alimentaires <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autres <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
---	--	--

Préciser la cause de l'allergie :

Suivi en cours :	Traitement à fournir :	Documents à joindre <input type="checkbox"/> P.A.I. <input type="checkbox"/> Ordonnance
------------------	------------------------	---

Traitement médical

L'enfant suit-il un traitement médical quotidien ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
--	---

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice, marqué au nom de l'enfant).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

Difficultés de santé

Indiquer les difficultés de santé (asthme, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, diabète, épilepsie, hémophilie...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Préciser :	Documents à joindre <input type="checkbox"/> P.A.I. <input type="checkbox"/> Ordonnance
---	------------	---

Suivi médical (spécialiste) en cours

<input type="checkbox"/> orthophoniste <input type="checkbox"/> pédopsychiatre <input type="checkbox"/> structure spécialisée <input type="checkbox"/> autres	Préciser :
--	------------

Recommandations utiles

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des appareils dentaires, etc...

oui non

Préciser :

Régime alimentaire

sans porc (menu de substitution)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
sans viande	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
autre	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Préciser :

Autorisations

Moi, parent, ou responsable légal, signataire

<input type="checkbox"/> autorise	le responsable de l'Accueil de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, transfusion et anesthésie...) rendues nécessaires par l'état de mon enfant (remplir l'autorisation d'hospitalisation et des soins d'urgence) ;
<input type="checkbox"/> n'autorise pas	

<input type="checkbox"/> autorise	mon enfant à se baigner uniquement là où il a pied (piscine, mer, jeux d'eau...) ;
<input type="checkbox"/> n'autorise pas	

<input type="checkbox"/> autorise	mon enfant à se baigner en grand bassin (nécessite la fourniture d'une attestation de natation d'au minimum 25m) ;
<input type="checkbox"/> n'autorise pas	

<input type="checkbox"/> autorise	mon enfant à pratiquer des activités nautiques (nécessite la fourniture d'une attestation d'activités nautiques) ;
<input type="checkbox"/> n'autorise pas	

<input type="checkbox"/> autorise	mon enfant à se maquiller ;
<input type="checkbox"/> n'autorise pas	

<input type="checkbox"/> autorise	la prise de photographies de mon enfant uniquement destinées aux ateliers et animations ;
<input type="checkbox"/> n'autorise pas	

<input type="checkbox"/> autorise	au vu de l'article 9 du Code Civil portant sur le respect de la vie privée et sur le droit à l'image, l'Accueil de Loisirs du SIVU Enfance Jeunesse à diffuser l'image de mon enfant dans le cadre de ses supports de communication (article de presse, plaquettes...) ;
<input type="checkbox"/> n'autorise pas	

<input type="checkbox"/> autorise	au vu de l'article 9 du Code Civil portant sur le respect de la vie privée et sur le droit à l'image, l'Accueil de Loisirs du SIVU Enfance Jeunesse à diffuser l'image de mon enfant dans le cadre de son site internet et sur les réseaux sociaux ;
<input type="checkbox"/> n'autorise pas	