

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Accueil de loisirs
MJC ST GERVAIS



NOM de l'enfant	
Prénom de l'enfant	
Date de naissance	
Matin <input type="radio"/> déposé à l'accueil de loisirs <input type="radio"/> navette Contamines	
Soir <input type="radio"/> repris à l'accueil de loisirs <input type="radio"/> navette Contamines	
Classe rentrée Sept 2021 :	
Ecole :	

Responsable(s) Légal(aux)	Père	Mère
Nom		
Prénom		
Adresse		
Mail		
Tel domicile		
Tel mobile		
Tel travail		

Personnes à prévenir en cas d'urgence (autres que les parents) & autorisées à venir chercher l'enfant		
Nom, Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

Régime de sécurité sociale : Régime général MSA Autre :

N° de sécurité sociale auquel est rattaché l'enfant :

Numéro d'allocataire CAF :

QF CAF à la date d'inscription :

SI L'ENFANT RENTRE SEUL (plus de 6 ans uniquement), veuillez remplir l'autorisation suivante :

Je soussigné, représentant légal de l'enfant, l'autorise à partir seul de l'accueil de loisirs à **17h30**.

Nom et signature :

SI UNE TIERCE PERSONNE (AUTRE QUE LES RESPONSABLES LEGAUX) DOIT VENIR CHERCHER L'ENFANT, MERCI DE NOUS INDIQUER SON NOM PAR ECRIT LE MATIN-MEME. SEULES LES PERSONNES MAJEURES POURRONT VENIR CHERCHER LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS.

INFORMATIONS IMPORTANTES CONCERNANT L'ENFANT :*** Vaccinations :**

Vaccins obligatoires :

Diphtérie oui non

Tétanos oui non

Poliomyélite oui non **Ou** DT Polio oui non / **Ou** Tétracoq oui non

BCG oui non
 Hépatite B oui non
 Rub-Oreill- Roug. oui non
 Coqueluche oui non
 Autres oui non Si oui, préciser :

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

*** Renseignements médicaux :**

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

Rubéole	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Angine	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Varicelle	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Coqueluche	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Otite	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Rougeole	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Oreillons	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Rhumatisme articulaire aigü	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			

- L'enfant manifeste-t-il des **allergies** ?

asthme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	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

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

*** En cas d'hématome :**

J'autorise l'administration d'Arnica sous forme de crème ou granules homéopathiques oui non

*** Pour les enfants qui font l'objet d'un PAI**, merci de nous le signaler et de bien vouloir prendre RV avec la directrice/le directeur préalablement à l'inscription.

Si votre enfant a un traitement à prendre pendant sa présence à l'accueil de loisirs, fournir l'ordonnance et les médicaments correspondants dans leur emballage, marqués au nom de l'enfant (sans quoi nous ne pourrons lui administrer). A remettre aux responsables / Ne pas laisser dans le sac de l'enfant.

*** Difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation ...) / Précautions à prendre / Recommandations des parents / Régime alimentaire particulier :**

Je soussigné,, agissant en qualité de père / mère / tuteur légal de l'enfant désigné ci-dessus :

- AUTORISE le responsable du centre de loisirs à prendre les dispositions nécessaires en cas d'intervention médicale urgente
- AUTORISE la MJC à diffuser l'image de mon enfant pour illustrer ses outils de communication
- AUTORISE mon enfant à participer à toutes les activités proposées par l'accueil de loisirs
- CERTIFIE avoir pris connaissance du fonctionnement de l'accueil de loisirs et l'accepte
- AUTORISE la MJC à consulter nos données personnelles mentionnées sur le site de la CAF pour le calcul du tarif de l'accueil de loisirs.
- DECLARE exacts les renseignements portés ci-dessus et m'engage à les réactualiser si nécessaire

M'engage chaque jour avant d'amener mon enfant à l'accueil de loisirs de la MJC

- A ce que mon enfant ne présente aucun symptôme évoquant le Covid .
- A ce que mon enfant ait une température inférieure à 38° avant de venir à l'accueil
- A ce qu'aucun membre de la famille ne présente des symptômes liés au Covid, ni est en cours de test ou ait été testé positif depuis moins de 7 jours

A Saint Gervais, le _____
 Nom et Signature,