

FICHE DE RENSEIGNEMENT

☐ l'ALSH Baba o'Mômes (Bozouls)

☐ Groupe Jeunes (12-17 ans) (Bozouls)

☐ l'ALSH Périscolaire (Bezannes)

☐ l'ALSH Périscolaire (Gabriac)

Cocher la case correspondante au(x) lieu(x) d'accueil de(s) enfant(s), il peut y en avoir plusieurs !

RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal : ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur/Tutrice ☐ Famille d'accueil

MONSIEUR

NOM _____

PRENOM _____

ADRESSE _____

@ e-mail _____

CP/VILLE _____

 portable _____ / _____ / _____ / _____ / _____

 travail _____ / _____ / _____ / _____ / _____

MADAME

NOM _____

PRENOM _____

ADRESSE _____

@ e-mail _____

CP/VILLE _____

 portable _____ / _____ / _____ / _____ / _____

 travail _____ / _____ / _____ / _____ / _____

➔ Préciser l'adresse de facturation si différente de celle du responsable : _____

N° C.A.F. ou M.S.A. : _____

Quotient familial : _____

(sans ce numéro, nous ne pourrons pas vous faire bénéficier de l'aide accordée aux allocataires C.A.F. ou M.S.A.)

Si vous disposez de PASS C.A.F. ou M.S.A. les télécharger dans la rubrique prévue à cet effet dans votre Espace Famille, afin de bénéficier des aides octroyées (pour la caf justificatif du QF de Janvier de l'année en cours).

REFERENCES DE(S) L'ENFANT(S)

ENFANT N°1

NOM _____

PRENOM _____

Date de naissance _____ / _____ / _____

Sexe _____

Santé :

Date du dernier rappel D.T.P. : _____ ☐ Atteste que mon enfant est à jour des 13 vaccins obligatoires

Allergie(s) : ☐ Asthme ☐ Médicamenteuse ☐ Alimentaire ☐ Autres : _____

Descriptif du protocole: _____

Votre enfant a-t'il un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** alimentaire / éducatif / médical

☐ Oui ☐ Non

Votre enfant perçoit t'il l'AEEH (**A**llocation d'**E**ducation de l'**E**nfant **H**andicapé)

☐ Oui ☐ Non

ENFANT N°2

NOM _____

PRENOM _____

Date de naissance _____ / _____ / _____

Sexe _____

Santé :

Date du dernier rappel D.T.P. : _____ ☐ Atteste que mon enfant est à jour des 13 vaccins obligatoires

Allergie(s) : ☐ Asthme ☐ Médicamenteuse ☐ Alimentaire ☐ Autres : _____

Descriptif du protocole: _____

Votre enfant a-t'il un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** alimentaire / éducatif / médical

☐ Oui ☐ Non

Votre enfant perçoit t'il l'AEEH (**A**llocation d'**E**ducation de l'**E**nfant **H**andicapé)

☐ Oui ☐ Non

ENFANT N°3

NOM _____

PRENOM _____

Date de naissance _____ / _____ / _____

Sexe _____

Santé :

Date du dernier rappel D.T.P. : _____ ☐ Atteste que mon enfant est à jour des 13 vaccins obligatoires

Allergie(s) : ☐ Asthme ☐ Médicamenteuse ☐ Alimentaire ☐ Autres : _____

Descriptif du protocole: _____

Votre enfant a-t'il un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** alimentaire / éducatif / médical

☐ Oui ☐ Non

Votre enfant perçoit t'il l'AEEH (**A**llocation d'**E**ducation de l'**E**nfant **H**andicapé)

☐ Oui ☐ Non

AUTORISATION PARENTALE et ASSURANCES

Je soussigné(e), _____ responsable légal de(s) enfant(s):

SANTÉ

☐ autorise le Centre Social et d'Initiative Bozouls CLT et l'ALSH Péri & Extra scolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (appel des pompiers, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de mon enfant / mes enfants.

DROIT À L'IMAGE

☐ autorise le Centre Social et d'Initiative Bozouls CLT et l'ALSH Péri & Extra scolaire à utiliser tout support (audio, vidéo, photo) réalisé lors des activités auxquelles participent mon enfant / mes enfants dans le cadre de la promotion du Centre Social Bozouls Comtal et/ou de l'ALSH Baba o' Mômes (presse, site internet, exposition...).

☐ Refuse le Droit à l'Image.

ALIMENTAIRE & TRANSPORTS

☐ autorise mon enfant / mes enfants à consommer toute préparation culinaire confectionnée par les familles ou les enfants dans le cadre de l'ALSH Péri & Extra scolaire

☐ autorise mon enfant / mes enfants à prendre les transports organisés et nécessaires pour les activités.

ASSURANCES

☐ atteste avoir pour mon enfant / mes enfants des assurances de type:

Extra Scolaire N° Contrat _____ souscrite auprès de la compagnie _____
Responsabilité civile N° Contrat _____ souscrite auprès de la compagnie _____

Pour rappel ces 2 assurances sont obligatoires pour participer aux activités des l'Accueils de Loisirs !

CONDITIONS DE SORTIE PARTICULIÈRES

Je soussigné(e), _____ Père, Mère, Tuteur ¹

☐ autorise mon enfant / mes enfants à partir seul de l'accueil de loisirs à² _____

☐ autorise mon enfant³ _____ à venir chercher son frère ou sa sœur

☐ autorise à venir chercher mon enfant (**numéro de téléphone obligatoire pour chaque personne**).

Mme ou M. _____ Lien de Parenté _____

Tél: _____

Mme ou M. _____ Lien de Parenté _____

Tél: _____

Mme ou M. _____ Lien de Parenté _____

Tél: _____



¹Rayer la mention inutile

²Préciser l'heure de départ

³A partir de 12 ans

À _____, le _____

Signature



***Décret du 25 janvier 2018** relatif à la vaccination obligatoire : Antidiphtérique - Antitétanique - Antipoliomyélitique - Contre la coqueluche - Contre les infections invasives à Haemophilus influenzae de type b - Contre le virus de l'hépatite B - Contre les infections invasives à pneumocoque - Contre le méningocoque de séro groupe C - Contre la rougeole - Contre les oreillons -

Remarque importante : Les renseignements portés sur cette feuille, et particulièrement les coordonnées téléphoniques, doivent toujours être à jour. Toute modification devra être portée à la connaissance du Centre Social. Dans le cas contraire, le Centre Social Bozouls déclinera toute responsabilité en cas d'impossibilité de contacter les parents ou tout autre personne désignée.