

FICHE ADMINISTRATIVE – ACCUEIL DE LOISIRS



ENFANT

Nom :	Sexe : F ☐ G ☐
Prénom :	
Date de naissance :	
Lieu de naissance :	
Classe :	
Domicile :	
Code postal :	
Ville :	

PARENTS

PARENT 1	PARENT 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....	
Tél fixe :	Tél fixe :
Portable :	Portable :
Adresse mail :	Adresse mail :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Lieu de travail :	Lieu de travail :
Tél bureau :	Tél bureau :
Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐	Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐

N° de sécurité sociale :

Si un seul des parents exerce l'autorité parentale, fournir une copie du jugement.

AUTORISATION

*Nous autorisons **la commune de Tercis les Bains** à **photographier et ou filmer notre enfant** dans le cadre de la vie scolaire (à l'école, en sortie scolaire, etc...) et hors cadre scolaire (participation à une cérémonie, un spectacle, animation, activité, etc...) **pour paraître dans leurs publications papiers et numériques ainsi que dans les médias écrits ou audiovisuels.***

Oui ☐

Non ☐

ASSURANCE SCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE (Merci de joindre l'attestation)

RESPONSABILITE CIVILE (obligatoire)	GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE ou DOMMAGE CORPOREL INDIVIDUEL (facultatif)
Préciser organisme et n° de police	Préciser organisme et n° de police
.....	
.....	
.....	

Médecin traitant	Nom et prénom : Ville : Adresse : Téléphone :	
Antécédents médicaux	Allergies : Médicamenteuse ☐ Alimentaire ☐ Autres ☐ Précisez..... Soins spécifiques ou traitement : Oui ☐ Non ☐ Précisez..... <i>Merci de produire un certificat médical ou un PAI.</i>	Vaccinations L'enfant est-il à jour de ses vaccinations ? Oui ☐ Non ☐ Date du dernier DT POLIO <i>Fournir une copie du carnet de santé rubrique vaccinations ou un certificat médical</i>
Régime alimentaire	Précisez si spécificités	
Autorisation d'hospitalisation et de soins	Nous soussignés, responsables légaux de l'enfant....., autorisons les responsables de la commune à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris sous anesthésie générale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgences <u>seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.</u> Signatures des 2 parents :	

Personnes à prévenir en cas d'urgence (hors parents)	Nom et prénom	Qualité	Coordonnées téléphoniques
			
			
			
Personnes autorisées à venir chercher l'enfant	Nom et prénom	Qualité	Coordonnées téléphoniques
			
			
			

Nom de l'allocataire sur lequel est rattaché l'enfant :	
☐ N° CAF ou ☐ N° MSA :	Quotient Familial (octobre 2023) :
Merci de joindre l'attestation	

Nous soussignés, responsables légaux de l'enfant
, déclarons exacts les renseignements de cette fiche et nous engageons à respecter les règlements intérieurs en vigueur de la cantine scolaire, du périscolaire et de l'accueil de loisirs sur les différentes activités.

Date :

SIGNATURES DES 2 PARENTS