SERVICE ANIMATION ENFANCE DU BIGNON

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS 2023/2024

INFORMATIONS SUR L'ENFANT OU LE JEUNE

NOM et PRENOM : …… **Date de naissance :** ……./……/…… **Sexe :** ……

École fréquentée : …… **Niveau de classe 2023/2024 :** ……

Porte des lunettes : OUI / NON **Porte un appareil dentaire : OUI / NON** **Porte un appareil auditif : OUI / NON**

Allergie alimentaire …….. **Régime alimentaire particulier**……

	INFORMATIONS SUR LES PARENTS	
	Parent 1	**Parent 2**
NOM		
PRÉNOM		
SITUATION FAMILIALE	☐ Marié(e)s ☐ Pacsé(e)s ☐ Union libre ☐ Célibataire ☐ Veuf(ve) ☐ Séparé(e)/divorcé(e)	
TEL DOMICILE		
TEL MOBILE		
TEL TRAVAIL		
MAIL*		
ADRESSE		

RÉGIME DU RESPONSABLE	☐ Régime général N° allocataire CAF (Loire Atlantique) : …… ☐ Régime agricole N° MSA : …… *La tarification des services d'animation enfance et jeunesse se fait selon un taux d'effort appliqué à votre quotient familial. Nous vous incitons donc à prendre contact avec les services de la CAF si toutefois votre QF n'est pas connu et de signaler tout changement susceptible de modifier votre tarification (voir règlement de fonctionnement).*

ASSURANCES	N° de sécurité sociale :…… Mutuelle complémentaire : …… Assurance responsabilité civile*: …… ** assurance vie privée et individuelle accident pour les activités extrascolaires.*

Je soussigné(e), ……,

☑ déclare exacts les renseignements indiqués sur cette fiche

☑ autorise l'agent habilité à consulter, et à conserver les renseignements figurant sur mon dossier allocataire via le site Mon Compte Partenaire.

☑ avoir lu et accepté le règlement intérieur des structures……

A LE BIGNON, le…… Signature :

Conformément à la loi 78-17 du 06 janvier 1978, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification pour toute information vous concernant ou concernant votre enfant ; dans ce cas, contactez les services administratifs.

SERVICE ANIMATION ENFANCE DU BIGNON

AUTORISATIONS COMPLÉMENTAIRES

NOM et PRENOM de l'enfant ou du jeune : …….

PHOTOS ET VIDEOS

Je soussigné(e) **……,**

☐ autorise / ☐ n'autorise pas

la diffusion d'une photo ou d'un film où mon enfant apparaît distinctement, à des fins informationnelles ou promotionnelles.

Signature :

SORTIE SEUL(E) – À PARTIR de 6 ANS

Je soussigné(e) **……,**

☐ autorise / ☐ n'autorise pas

mon enfant à partir seul des structures enfance (accueil de loisirs, accueil périscolaire), ***indiquez les jours ci-dessous*** :

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
☐	☐	☐	☐	☐

☐ autorise / ☐ n'autorise pas

Signature :

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER VOTRE ENFANT

Je soussigné(e) **……,**

☐ autorise

mon enfant à partir avec les personnes suivantes :

NOM Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

Signature :

Fiche Sanitaire de Liaison 2023-2024

Nom : _____ Date de naissance : ___ / ___ / _____

Prénom : _____ Poids : _____kg

Numéro Sécurité Sociale : _____

Médecin Traitant : Nom _____ N° Tél _____

Nom Responsable de l'enfant : _____

Adresse responsable : _____

Père/Mère/Autre _____N° Tél: _____/_____

Père/Mère/Autre _____N° Tél: _____/_____

Les Vaccinations							
Obligatoires	**Oui**	**Dates des derniers rappels**	**Non**	**Recommandés**	**Oui**	**Dates des derniers rappels**	**Non**
Diphtérie				Coqueluche			
Tétanos				Hépatite B			
Poliomyélite				Rubéole-Rougeole-Oreillons			
OU DT Polio				BCG			
OU Tétracoq				Autres (préciser)			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

L'enfant a-t-il déjà contracté les maladies suivantes ?						**L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes ?**					
	Oui	**Non**		**Oui**	**Non**		**Oui**	**Non**		**Oui**	**Non**
Rubéole			Oreillons			Médicamenteuses			Asthme		
Varicelle			Otite			Alimentaires			Autres (préciser)		
Angine			Rougeole			Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si PAI le signaler) :					
Coqueluche			Scarlatine								

Difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsives, opérations, …) préciser les dates et précautions à prendre
Recommandations utiles (situation familiale, port d'appareil auditif, prothèses dentaires, etc …)

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du service enfance, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le responsable du service enfance à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Date : **Signature :**