

Enfant

Nom : _____ Prénom : _____
 Né(e) le : / / âge : Sexe : fille / garçon

 domicile:

Adresse (de l'enfant) :

Code postal : Ville :
 N° de sécurité sociale dont l'enfant dépend :

Quotient familial:

-
 Justificatif de domicile
 Copie des vaccins



Pour les non allocataires CAF :

- Avis d'imposition 2008
 Attestation prestations

Code internet :

10

Père

Nom : _____ Prénom : _____
 domicile:
 portable :
 Nom et numéro de téléphone de l'employeur :



Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Code postal : Ville :
 Adresse mail :

Nombre de part :
 Régime : (rayer les mentions inutiles)
 CAF MSA
 Autre (précisez) :

N° d'allocataire CAF :

Mère

Nom : _____ Prénom : _____
 domicile:
 portable :
 Nom et numéro de téléphone de l'employeur :

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Code postal : Ville :
 Adresse mail :

Nombre de part :
 Régime : (rayer les mentions inutiles)
 CAF MSA
 Autre (précisez) :

N° d'allocataire CAF :

Autorisations parentales

OUI NON

Pour les allocataires Caf, autorise Locminé Communauté à accéder au service CAF Pro.		
Autorise mon enfant à participer aux différentes activités et sorties proposées dans le cadre du Mercredi Loisirs		
Autorise les responsables du Mercredi loisirs à prendre, cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, traitement médical, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.		
Autorise Locminé Communauté à utiliser à des fins d'illustration non commerciale (ex : le site Internet ou des documents de présentation) toutes photos prises dans le cadre des activités du Mercredi Loisirs.		
Autorise mon enfant à utiliser les transports (car, minibus, voiture) dans le cadre du Mercredi Loisirs.		

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autres que parents)

Nom	Prénom	Lieu d'habitation	Téléphone	Lien de famille	Divers

Autres personnes à contacter en cas d'urgence

Nom	Prénom	Lieu d'habitation	Téléphone	Lien de famille	Divers

FICHE SANITAIRE

Médecin de l'enfant	Spécialité	Adresse	Ville	Téléphone

Vaccins	Date de vaccination	Entourez les maladies que l'enfant a déjà eues
Diphtérie		Rubéole
Tétanos		Varicelle
Poliomyélite		Angine
DT Polio		Rhumatisme Articulaire Aigu
Tétracoq		Scarlatine
BCG		Coqueluche
Hépatite B		Otite
ROR		Rougeole
Coqueluche		Oreillons
Autres		

* Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
 * L'enfant suit-il un traitement médical : OUI NON (si oui, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice)
 ➤ Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

Allergies, précisez (asthme, alimentaire, médicamenteuse...)	Cause et conduite à tenir (si automédication le signaler)

Régime alimentaire spécifique

Difficultés de santé et précautions à prendre (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...)	Recommandation utile des parents (votre enfant porte des lunettes, des lentilles, prothèses auditives...)
---	---

--	--

A LIRE ATTENTIVEMENT

- Le représentant légal de chaque enfant certifie avoir souscrit une assurance (responsabilité civile) au nom de son enfant couvrant tout dommage causé à autrui, dégradation du matériel ou équipement.
- En cas de perte ou de vol d'objets particuliers, l'organisateur décline toute responsabilité.
- Une signature du responsable de l'enfant sera demandée à l'arrivée et au départ de l'enfant. Le Mercredi Loisirs est responsable de l'enfant uniquement durant les heures de présence sur la structure et quand le parent n'est plus présent.
- En cas de manquement à la discipline, l'organisateur se réserve le droit de mettre fin à la participation de l'enfant aux différentes activités proposées par Locminé Communauté.
- Toute absence injustifiée sera facturée (en cas d'absence pour maladie, merci de nous fournir un certificat médical)
- Le responsable légal s'engage à transmettre à la direction du Mercredi Loisirs toute mise à jour concernant les vaccins et / ou l'état de santé de l'enfant ainsi que tout changement d'adresse, téléphone...

Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche recto et verso et certifie avoir pris connaissance des conditions figurant sur le dossier

Lu et approuvé	Date	Signature
.....	.../.../.....