



FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2021/2022

ENFANT

Nom: _____

Prénom: _____

Sexe : Fille Garçon

Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance : _____

Adresse :
.....
.....

REPRESENTANTS LEGAUX

Responsable légal 1 : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur Les factures seront émises à ce nom et à cette adresse	Responsable légal 2 : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Né(e) le :	Né(e) le :
A :	A :
Adresse (si différente de l'adresse de l'enfant) :	Adresse (si différente de l'adresse de l'enfant) :
Tél. domicile :	Tél. domicile :
Tél. portable :	Tél. portable :
Tél professionnel :	Tél professionnel :
Courriel :	Courriel :
Autorité Parentale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorité Parentale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Prévenir en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Prévenir en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Payeur : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Payeur : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Cochez la case correspondante à la situation actuelle : (Fournir un justificatif)

- Garde conjointe et simultanée des 2 parents. Garde chez un seul parent (à préciser) :
- Garde alternée : Semaine paire, chez : Semaine impaire, chez :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autres que les représentants légaux, la présentation de la pièce d'identité est obligatoire)

Nom Prénom	Lien de Parenté	Téléphone

ASSURANCES

Régime d'assurance maladie : CPAM MSA Autres

Numéro de sécurité sociale de l'assuré (auquel l'enfant est rattaché) :

Numéro d'allocataire CAF : Hérault Autres

Numéro d'allocataire MSA :

Nombre d'enfants dans la famille :

Nombre d'enfants fréquentant l'école et/ou l'ALSH :

INFORMATIONS MEDICALES**► VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)**

3 VACCINS OBLIGATOIRES (DTP)	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
DIPHTERIE		COQUELUCHE (souvent avec DTP)	
TETANOS		HEPATITE B (souvent avec DTP)	
POLIOMYELITE		PNEUMOCOQUE	
		ROUGEOLE-OREILLONS-RUBEOLE	

► RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Médecin traitant : Téléphone :

L'enfant a-t-il un traitement médical en cours? Oui Non

Si l'enfant doit suivre un traitement, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments. **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance du médecin**

L'enfant porte-t-il des prothèses auditives, des lentilles, des prothèses dentaires : Oui Non

Préciser :

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Coqueluche Oreillons Rougeole Rubéole Scarlatine Varicelle Angine Otite Rhumatisme

L'enfant a-t-il :

- De l'Asthme : Oui Non

- Des Allergies : Oui Non Alimentaires : Préciser :

Médicamenteuses : Préciser :

- Un PAI : Oui Non Alimentaire / Autre :

- Un Régime alimentaire : Sans Porc Sans Viande Sans Régime

Autres difficultés de santé à signaler :

.....

AUTORISATIONS

Je soussigné(e), , responsable légal de l'enfant :

	OUI	NON
Autorise mon enfant à participer aux activités organisées par le MUC Vacances		
Autorise le MUC Vacances à transporter mon enfant sur tout lieu d'activité.		
Autorise mon enfant à rentrer seul après les activités		
Autorise l'association utiliser des photos ou vidéos prises dans le cadre des activités organisées pour une stricte utilisation sur les supports de communication de l'association ou de la commune, y compris sur les réseaux sociaux		
Autorise, en cas d'urgence, l'hospitalisation de mon enfant au centre hospitalier le plus proche et faire pratiquer les soins, examens et interventions nécessaires		
Avoir pris connaissance du règlement intérieur et du projet pédagogique de la structure		

Fait le

à

Signature du Père, mère, tuteur (1)

Signature du Père, mère, tuteur (1)

LISTE DES ELEMENTS A JOINDRE POUR LA CONSTITUTION DU DOSSIER

- La fiche renseignements dûment remplie avec photo d'identité
- 1 Copie des pages de vaccinations à jour
- 1 Copie de l'Attestation de sécurité sociale
- 1 Copie de l'Attestation Mutuelle
- 1 Copie de l'attestation d'assurance responsabilité civile au nom de l'enfant
- Le règlement intérieur daté et signé
- 1 Certificat médical d'aptitude aux activités sportives et de vie en collectivité (Uniquement pour l'accueil de loisirs)
- 1 Copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition du foyer fiscal pour les non allocataires CAF (Uniquement pour l'accueil de loisirs)