

Enfant

Nom et Prénom :	
Date de Naissance :	
Sexe : Fille ☐	Garçon ☐
École : Classe (exemple : CP) : Nom de l'Ecole :	
N° de sécurité sociale (couvrant l'enfant) :	

Famille

Responsable légal de l'enfant : Parent 1 ☐ Parent 2 ☐ Tuteur ☐ Famille d'Accueil ☐	
<u>Parent 1</u> Caisse de régime général : Oui ☐ Non ☐ Autre régime : Numéro CAF : (merci de fournir une copie de l'attestation) Nom et Prénom : Adresse : ☎ Portable : ☎ Travail : ✉ Email :	<u>Parent 2</u> Caisse de régime général : Oui ☐ Non ☐ Autre régime : Numéro CAF : (merci de fournir une copie de l'attestation) Nom et Prénom : Adresse : ☎ Portable : ☎ Travail : ✉ Email :
<u>En cas de garde partagée</u> précisez la résidence habituelle de l'enfant durant la semaine Chez le parent 1 ☐ Chez le parent 2 ☐ Garde alternée ☐ (préciser pour chaque parent) Semaine paire : Semaine Impaire :	



Vaccinations

Votre enfant a-t-il reçu des vaccinations obligatoires ? Oui ☐ Non ☐

(Vaccins obligatoires = DTP : contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite)

(Merci de fournir une copie du carnet de santé et des vaccins)

Date du dernier rappel :

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

Vaccinations recommandées : antioquelucheuse, hépatite B, rubéole, oreillons, rougeole et antituberculeuse (BCG)

Renseignements alimentaires et médicaux

Menu choisi pour les repas pris au centre : Classique ☐ Sans Porc ☐ Sans Viande ☐

Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires ? Oui ☐ Non ☐

Si oui précisez les aliments à éviter ou interdits :

.....
Attention : En cas de régime alimentaire lourd, la famille devra fournir le repas de l'enfant. L'appréciation du niveau alimentaire sera déterminée par la Direction du centre de loisirs après une rencontre ou un échange obligatoire avec la famille.

Votre enfant a-t-il des allergies ? Oui ☐ Non ☐

Si oui précisez : Médicamenteuse ☐ Asthme ☐ Autres ☐

.....
Attention : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Votre enfant bénéficie-t-il d'une allocation AEEH

(Allocation d'éducation de l'enfant handicapé) ? Oui ☐ Non ☐

Votre enfant est-il concerné par la mise en place d'un projet personnalisé ? Oui ☐ Non ☐

PAI « projet accueil individualisé », PAP « plan d'accompagnement personnalisé »,

Si oui précisez :

(Merci de fournir une copie du protocole à suivre)

Recommandations utiles (port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives ou dentaires, opérations, accidents, etc...)

.....
.....

Dans la liste ci-dessous, quelle(s) maladie(s) votre enfant a-t-il déjà développée ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Coqueluche	Otite	Scarlatine	Oreillons	Rougeole	Rhum Art Aigu
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐



Personnes autorisées :

NOM et Prénom	N° de téléphone	Récupération	Urgence
		☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
		☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non

Autorisations légales

J'autorise mon enfant de 9 ans révolus à quitter seul le service périscolaire et le centre de loisirs	Oui ☐ Non ☐
J'autorise mon enfant à sortir du périscolaire et de l'accueil de loisirs avec un ou plusieurs animateurs de l'association ADELIS (activités, déplacements...)	Oui ☐ Non ☐
J'autorise le personnel à transporter ou faire transporter mon enfant dans un véhicule autorisé par l'association ou celui des prestataires	Oui ☐ Non ☐
J'autorise le personnel de l'association ADELIS à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant mon enfant	Oui ☐ Non ☐
Droit à l'image	<i>Voir la fiche d'adhésion</i>

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant
..... déclare exacts les renseignements indiqués sur cette fiche autorise les responsables des différents services auxquels j'ai inscrit mon enfant à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale, etc...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des services périscolaires et du centre de loisirs qui sont disponibles sur le site internet de l'association ADELIS et à l'accueil du Pôle Enfance/Familles d'ADELIS.

Date :

Signature :