

PHOTO
OBLIGATOIRE



Lauret



FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2023/2024

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 | | |
| Autorise le MUC à transporter mon enfant sur tout lieu d'activité | | |
| Autorise mon enfant à rentrer seul après les activités | | |
| Autorise l'association à 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 | | |
| Certifie 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 Copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition du foyer fiscal