

Nom de l'enfant :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance : Sexe de l'enfant : Féminin Masculin

N° d'affiliation de l'enfant à la sécu :

Coordonnées de la mère

Coordonnées du père

NOM :

Prénom :

Profession :

Employeur :

Adresse employeur :

Tél travail :

Tél portable :

Situation familiale :

N° sécu.soc. :

Adresse mail :

Numéro allocataire CAF : ou Numéro allocataire MSA :

Nombre d'enfants à charge : Quotient familial :

Parents des enfants :

1^{er} enfant : 2^{ème} enfant :

3^{ème} enfant : 4^{ème} enfant :

Personnes autorisées à récupérer l'enfant et le cas échéant, non autorisées (rayer la mention inutile):

1°) Nom Prénom : N° tél :

2°) Nom Prénom : N° tél :

3°) Nom Prénom : N° tél :

ATTESTATION ET AUTORISATION PARENTALE :

Nous soussignés, parents des enfants

☒ Déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche.

☒ Reconnaissons également avoir été informés de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquelles participent nos enfants (Assurance individuelle Accident).

☒ Autorisons la commune de Louvigné de Bais à consulter notre quotient familial sur le site de la CAF (agrément Cdap) ceci dans le seul but de vérifier la tranche de tarifs applicable à notre famille.

☒ Déclarons avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs et l'accepte

A Louvigné de Bais le : Signature :

Mairie

6 place de la Mairie
35680 Louvigné-de-Bais

02 99 49 00 20
enfance-jeunesse@louvignedebais.fr

www.louvignedebais.fr



FICHE MEDICALE

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

Nom du médecin _____
Adresse _____
Tél : _____

Groupe sanguin _____
Taille _____
Poids _____

VACCINATIONS : impératif : joindre une copie du carnet de santé à la page des vaccins. Bien noter le nom de votre enfant sur cette copie. Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

ALLERGIES : Alimentaires **Asthme** **Médicamenteuses** **Autres** -----

Causes et conduite à tenir : -----

L'enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? OUI NON

Recommandations utiles des parents : port de lunettes, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, autres ... -----

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour à l'accueil de loisirs ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant et avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ATTESTATION ET AUTORISATION PARENTALE :

Nous soussignés ----- , **parents de l'enfant** -----

OUI NON - **Autorisons notre enfant à aller à la piscine ou à la mer pour se baigner.**

OUI NON - Autorisons l'équipe d'animation à véhiculer notre enfant pour les activités extérieures au centre

OUI NON - Autorisons la diffusion d'une photo, vidéo ou apparaît distinctement notre enfant, à des fins informationnelles (articles de presse) ou à des fins pédagogiques.

OUI NON - **Autorisons notre enfant à rentrer seul(e) après le centre**

OUI NON - Autorisons notre enfant à quitter l'accueil de loisirs avec la ou les personnes citées précédemment

OUI NON - Autorisons les responsables de l'accueil de loisirs à présenter notre enfant à un médecin, de préférence le médecin de famille nommé ci-dessus.

OUI NON - Autorisons **les responsables de l'accueil de loisirs à faire le nécessaire en cas de soins à donner d'urgence et si besoin sous anesthésie (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).**

A Louvigné de bais le :

Signature :

Mairie

6 place de la Mairie
35680 Louvigné-de-Bais

02 99 49 00 20
enfance-jeunesse@louvignedebais.fr

www.louvignedebais.fr

