

ACCUEIL DE LOISIRS ODEL DE BARJOLS

FICHE INDIVIDUELLE ET CONFIDENTIELLE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET SANITAIRES
ANNEE SCOLAIRE 2014-2015

Dossier Administratif : Accueil de Loisirs Périscolaire Nouvelles Activités Périscolaires

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM : PRENOM : Sexe : M F

Date de naissance : Age :ans

Ecole : Classe :

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

(cocher la ou les case(s) lorsqu'il s'agit du ou des responsable(s) légal (aux) de l'enfant inscrit)

PERE TUTEUR MERE TUTRICE

NOM : Prénom : Adresse : Code Postal : Ville : Profession : Tél : Domicile : Travail : Portable : Mail :	NOM : Prénom : Adresse : Code Postal : Ville : Profession : Tél : Domicile : Travail : Portable : Mail :
---	---

Situation parentale : Mariés Séparés Divorcés Pacsés Union libre Veuf(ve) Célibataire

Qui à la garde de l'enfant : Le père La mère Autre.....

Qui est autorisé à venir voir l'enfant : Le père La mère Autre.....

Qui est autorisé à récupérer l'enfant : Le père La mère Autre.....

Si un des parents n'est pas autorisé à récupérer l'enfant, il est impératif de joindre une pièce justificative légale.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS COMPLEMENTAIRES

- Numéro d'Allocataire : CAF de : Quotient Familial :
- Régime général EDF- GDF- SNCF- RATP MSA Pêche Maritime Autre
- Nombre d'enfants à charge : Revenu imposable du ménage :Euro

	Responsabilité Civile Individuelle accident :	Complémentaire santé (mutuelle) :
Compagnie		
Contrat N°		

Personne(s) Autorisée(s) à venir chercher l'enfant (autre que les parents)

NOM / PRENOM	TELEPHONE FIXE	PORTABLE	LIEN AVEC LA FAMILLE

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (I) rayer les mentions inutiles

1. A-t-il eu (I) :

RUBEOLE	VARICELLE	SCARLATINE	COQUELUCHE	ROUGEOLE	OREILLONS	OTITES	ANGINE	RHUMATISMES
---------	-----------	------------	------------	----------	-----------	--------	--------	-------------

2. A-t-il déjà présenté des allergies (I) :

ALIMENTAIRE	MEDICAMENTEUSE	ASTHME	AUTRE
-------------	----------------	--------	-------

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les conséquences qu'elle peut avoir et la conduite à tenir :

PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) : OUI NON *Si oui, joindre la copie.*

3. A-t-il eu d'autres difficultés de santé : maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations etc...

Préciser les dates et les précautions nécessaires à prendre :

4. Autres recommandations utiles des parents (port de lunette, appareil dentaire...).....

5. L'enfant suit-il :

- Un traitement à poursuivre durant son temps au centre de loisirs : oui non
- Un traitement à administrer en cas d'urgence (ex : ventoline.....) : oui non
- Une automédication à poursuivre durant son temps au centre de loisirs : oui non

N'oubliez pas de joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants, accompagnés d'une autorisation parentale.

6. Vaccinations : Si non précisées sur le certificat médical, joindre les photocopies du carnet de vaccination ou un certificat de contre-indication du ou des vaccin(s) concerné(s).

7. CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné le ou la jeune :

Il ou elle ne présente aucun signe de maladie contagieuse.

Il ou elle a satisfait aux obligations fixées par la législation relative aux vaccinations.

Il ou elle est apte à fréquenter un accueil de loisirs collectif et à pratiquer des activités physiques et sportives.

Observations éventuelles :

A..... le

Signature :

Cachet ou Nom, adresse et téléphone du médecin

AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE

Je soussigné(e),, **responsable légal de l'enfant,**
reconnais avoir rempli la présente fiche et certifie exact les renseignements fournis, autorise :

- mon enfant à participer à toutes les activités du centre.
- le directeur du centre à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence
- la pratique de toute intervention chirurgicale ou anesthésie décidée par un Médecin.
- expressément et sans contrepartie l'ODEL à prendre ou faire prendre des photos de mon enfant au cours des activités organisées dans le cadre du centre de loisirs ; et à les utiliser sur tout support de communication.

Je m'engage à informer par écrit le centre de toutes modifications qui surviendraient en cours d'année et déclare exact et complets les renseignements portés sur cette fiche.

Je déclare avoir pris connaissance du projet éducatif de l'ODEL, des conditions de réalisation (spécifiques pour chaque séjour) et du Règlement Intérieur du Centre.

Signature du ou des responsable(s) légal(aux) de l'enfant :

(Faire précéder de la mention « Lu et Approuvé »)

A.....

Le 201...

NOUVELLES ACTIVITES PERISCOLAIRES

AUTORISATION PARENTALE DE SORTIE

NOM : PRENOM : Sexe : M F

Date de naissance : Age :ans

Ecole : Classe :

Responsables légaux :

Numéros où nous pouvons contacter les parents : Père :Mère :

DANS LE CADRE D'UNE INSCRIPTION AUX NOUVELLES ACTIVITES PERISCOLAIRES (NAP)

A la fin des NAP, mon enfant inscrit à l'école et non inscrit à la garderie ou au périscolaire :

- Quittera seul(e) l'école après le temps NAP
- Participera aux transports scolaires
- Sera récupéré(e) par un tiers (amis, familles) sans justificatif
- Pour les maternels, doit attendre la venue de la personne autorisée à le récupérer selon le tableau ci-dessous :

Personne(s) Autorisée(s) à venir chercher l'enfant *(autre que les parents)*

NOM / PRENOM	TELEPHONE FIXE	PORTABLE	LIEN AVEC LA FAMILLE

Le personnel ODEL restera vigilant et veillera à ce qu'aucun enfant ne reste seul devant l'école.

A.....
Le 201...

Signature du ou des responsable(s) légal (aux) de l'enfant :
(Faire précéder de la mention « Lu et Approuvé »)

✂ -----

Liste des documents à fournir (Impérativement le Jour du dépôt de Dossier)

	La présente fiche dûment renseignée, datée et signée
	Quotient familial et N° d'allocataire ou Dernier avis d'imposition (de l'année en cours) + montant de prestations CAF
	Justificatif de domicile
	Jugement de divorce pour les parents séparés
	N° de sécurité sociale où est couvert l'enfant
	Le certificat médical rempli par votre médecin traitant (sur dossier)
	Copie carnet de vaccination ou certificat de contre-indication
	Assurance extra Scolaire
	Photo d'identité
	Copie de l'Attestation d'Assurance Responsabilité Civile Individuelle accident