

Accueil de loisirs, accueil périscolaire et TAP

RENSEIGNEMENTS FAMILLE

Nom- prénom du père:.....	Nom- prénom de la mère:.....
Profession:.....	Profession:.....
Adresse:.....	Adresse:.....
CP.....	CP.....
Commune.....	Commune.....
Domicile.....	Domicile.....
Portable.....	Portable.....
Professionnel.....	Professionnel.....
.....@.....@.....

INFORMATION ET DOCUMENTS A FOURNIR

- Régime général : N° d'allocataire CAF..... Quotient familial.....
- Régime agricole: N° sécurité sociale.....Quotient familial.....
- Nom du médecin traitant des enfants.....Tél.....
- Justificatif CAF ou MSA
- Photocopie des vaccins (DT polio obligatoire)
- Photocopie de l'assurance extrascolaire ou responsabilité civile.....

RENSEIGNEMENTS ENFANTS / SANTE

Nom-prénom du 1er enfant..... Date de naissance...../...../.....

Nom de l'école.....Classe à la rentrée.....

L'enfant est-il à jour dans ces vaccinations? Non Oui date du dernier DT POLIO.....et du prochain.....

L'enfant est-il allergique ou sujet à des maladies particulières? Non Oui , précisez.....

.....

L'enfant a-t-il des antécédents ou des pathologies pouvant avoir des répercussions sur sa vie en collectivité?.....

.....

RENSEIGNEMENTS ENFANTS / SANTE

Nom-prénom du 2ème enfant..... Date de naissance...../...../.....

Nom de l'école.....Classe à la rentrée.....

L'enfant est-il à jour dans ces vaccinations? Non Oui date du dernier DT POLIO.....et du prochain.....

L'enfant est-il allergique ou sujet à des maladies particulières? Non Oui , précisez.....

.....

L'enfant a-t-il des antécédents ou des pathologies pouvant avoir des répercussions sur sa vie en collectivité?.....

.....



RENSEIGNEMENTS ENFANTS / SANTE

Nom-prénom du 3ème enfant..... Date de naissance...../...../.....

Nom de l'école.....Classe à la rentrée.....

L'enfant est-il à jour dans ces vaccinations? Non Oui date du dernier DT POLIO.....et du prochain.....

L'enfant est-il allergique ou sujet à des maladies particulières? Non Oui , précisez.....

L'enfant a-t-il des antécédents ou des pathologies pouvant avoir des répercussions sur sa vie en collectivité?.....

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné (e).....père, mère ou tuteur de.....autorise mon (mes) enfants à:

Partir avec (précisez frère, sœur, oncle, tante, nourrice, ami) :

Mr et Mme:.....tel:.....

Mr et Mme:.....tel:.....

Mr et Mme:.....tel:.....

A contacter en cas d'urgence, dans l'impossibilité de joindre les parents :

Mr et Mme:.....tel:.....

Mr et Mme:.....tel:.....

Mr et Mme:.....tel:.....

Rentrer seul, à vélo ou a pied du centre de loisirs

Rentrer seul, à vélo ou à pied de l'école, après les TAP

Participer à toutes les activités proposées par le SIDAJ

Prendre les transports collectifs que le SIDAJ lui proposera pour partir en excursion, car , minibus, voiture particulière.

Et autorise le SIDAJ à :

La prise de photos / vidéos et leur diffusion sous toutes formes à des fins représentatives des activités.

Administrer un traitement médical à mon enfant **sur présentation d'une ordonnance**

Consulter mon quotient familial sur CAFPRO

Je soussigné (e) déclare exact les renseignements notifiés ci-dessus et déclare avoir pris connaissance et adhérer au présent règlement du SIDAJ.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur sur le site internet de ma commune de résidence ou à l'accueil de loisirs

Fait à Le

Signature du représentant légal (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

