

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant au sein des différents accueils de loisirs de la Communauté de Communes du Val d'Oust et de Lanvaux.

1. ENFANT (Garçon – Fille) (1) :

NOM :, Prénom :
Date et lieu de naissance :
Nom et tél. du médecin traitant:
N° Sécurité Sociale auquel est rattaché l'enfant
N° CAF ou MSA (précisez en rayant la mention inutile) auquel est rattaché l'enfant :
Assurance responsabilité civile : Compagnie
N° du contrat(fournir une attestation)

2. PERE : Responsable légal : Oui - Non (1)

NOM : Prénom :
Célibataire – Marié – Divorcé- Veuf (1)
Date et lieu de naissance :
Adresse :
N° Sécurité Sociale si différent de celui auquel est rattaché l'enfant
N° CAF si différent de celui auquel est rattaché l'enfant :
Tel fixe : (et portable), domicile :, Professionnel :
Profession : Nom de l'entreprise :
Adresse et n° de tel. de l'employeur :

3. MERE : Responsable légal : Oui - Non (1)

NOM : Prénom :
Célibataire – Marié – Divorcé- Veuf (1)
Date et lieu de naissance :
Adresse :
N° Sécurité Sociale si différent de celui auquel est rattaché l'enfant
N° CAF si différent de celui auquel est rattaché l'enfant :
Tel fixe : (et portable), domicile :, Professionnel :
Profession : Nom de l'entreprise :
Adresse et n° de tel. de l'employeur :

4. AUTRE RESPONSABLE : Responsable légal : Oui - Non (1)

NOM : Prénom :
Lien avec l'enfant :
Date et lieu de naissance :
Adresse :
N° Sécurité Sociale si différent de celui auquel est rattaché l'enfant
N° CAF si différent de celui auquel est rattaché l'enfant :
Tel fixe : (et portable), domicile :, Professionnel :
Profession : Nom de l'entreprise :
Adresse et n° de tel. de l'employeur :

5. SEPARATION DES PARENTS : Droits de garde

Détient l'autorité parentale : Père – Mère (1)
Garde : Alternée, partagée (1)
Modalités d'organisation :
.....(joindre la copie du jugement)

T.S.V.P.

(1) Rayer la mention

6. **FACTURATION** à adresser à

7. **VACCINATIONS** Fournir une copie du carnet de santé

8. **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT.**

En cas de traitement au cours du séjour de l'enfant, il est impératif de fournir une ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ? (1)

Rubéole : Oui - Non	Varicelle : Oui – Non	Angine : Oui – Non
Coqueluche : Oui – Non	Otite : Oui - Non	Rougeole : Oui – Non
Oreillons : Oui – Non	Rhumatisme articulaire aigu : Oui – Non	Scarlatine : Oui – Non

ALLERGIES : (1)

Asthme : Oui - Non	Alimentaires : Oui – Non	Médicamenteuses : Oui – Non
Autres : Oui – Non		Préciser :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....
.....
.....

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, asthme), en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....
.....

9. **ECOMMANDATIONS UTILES**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...Préciser

.....

10. **RECOMMANDATIONS FACULTATIVES**

Afin de nous permettre de mieux comprendre votre enfant, il est intéressant de mieux connaître son environnement.

L'enfant est suivi par un psychomotricien : Oui - Non (1)

L'enfant est suivi par un orthophoniste : Oui - Non (1)

Autres éléments qu'il vous semble utile de mentionner :

.....
.....

11. **RYTHME DE VOTRE ENFANT.**

Votre enfant de moins de 6 ans fait-il la sieste ? Oui - Non (1)

Si oui, quel est son rituel d'endormissement (doudous, ...)?

.....

Tous les enfants âgés de moins de 6 ans bénéficieront d'un « temps calme » même s'ils ne font pas de sieste et ce afin de respecter le rythme de la petite enfance.

T.S.V.P.

(1) Rayer la mention

12. AUTORISATIONS DIVERSES

Responsable légal de l'enfant sus nommé autorise le directeur du C.L.S.H. à laisser partir mon enfant du C.L.S.H. :

Seul accompagné de : Nom, prénom, adresse et lien avec l'enfant) :

.....
.....
.....

- J'ai bien pris note, qu'une fois en dehors du centre de loisirs, mon enfant n'est plus sous la responsabilité du directeur et qu'il ne sera accompagné ni à l'aller ni au retour, par le personnel du centre.

- J'autorise mon enfant à pratiquer les activités vélos : Oui - Non (1)

- J'autorise mon enfant à participer aux activités baignade et nautiques : Oui - Non (1)

- J'autorise également mon enfant à utiliser les transports organisés par la C.C.V.O.L., dans le cadre des sorties.

- J'autorise les animateurs à photographier mon enfant dans le cadre des activités du centre et de pouvoir utiliser le support sur promotion de la structure accueillante.

- En cas de nécessité d'hospitalisation, je préfère que mon enfant soit orienté vers(non et adresse de l'hôpital ou de la Clinique). *Ceci reste une recommandation, les secours s'organisent en fonction de la situation.*

N° de téléphone d'urgence :

Si nous ne sommes pas joignables aux numéros de téléphones sus indiqués, il convient de prévenir :

1. M. ou Mme..... tel :Lien avec l'enfant :

2. M. ou Mme..... tel :Lien avec l'enfant :

3. M. ou Mme..... tel :Lien avec l'enfant :

4. M. ou Mme..... tel :Lien avec l'enfant :

13. ATTESTATIONS :

Je soussigné(e),, responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie...) rendue nécessaire par l'état de l'enfant. Si le médecin juge que l'état de l'enfant ne nécessite pas l'hospitalisation ni de mesures particulières, celui-ci pourra quitter l'établissement médical accompagné d'un membre habilité par la CCVOL, dans les heures de fonctionnement du centre.

Je soussigné(e),, responsable légal(e) de l'enfant, reconnaît que toute modification dans les renseignements portés ci-dessus fera l'objet d'une correction de la présente attestation.

Date

Signature 1^{er} représentant légal :

Date

Signature 2^{ème} représentant légal :

(1) Rayer la mention