

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2024-2025

VILLE DE MOZAC

L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

A :

Sexe : féminin masculin

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT (Rayer la mention inutile)

Responsable légal 1- Tuteur 1

Responsable légal 2 – Tuteur 2

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Téléphone personnel :

Téléphone personnel :

Téléphone travail :

Téléphone travail :

Adresse personnelle :

Adresse personnelle :

.....

.....

Adresse de facturation (si différente) :

Adresse mail :

Adresse mail :

Employeur :

Employeur :

SITUATION FAMILIALE :

Célibataire

Mariés

Concubinage

Pacsés

Divorcés

Séparés

SI DIVORCÉS/SÉPARÉS (MISE EN PLACE D'UNE GARDE ALTERNÉE) : OUI NON

Si oui, merci de remplir les semaines de la garde ci-dessous :

Garde alternée avec jugement (veuillez fournir le document officiel, convention ...)

Garde alternée sans jugement

Les semaines paires : Père Mère

Les semaines impaires : Père Mère

Jours et Heures du changement : _____

Modalités si différentes pendant les vacances scolaires :

Semaines/Jours/Heures : _____

Autres modalités : _____

RÉGIME : CAF MSA

Numéro Allocataire (Caf ou MSA) : _____

Fournir l'attestation du quotient à l'inscription, en Septembre, en Janvier et à tout changement de situation

Si vous ne percevez aucune prestation familiale, merci de nous fournir l'avis d'imposition 2023 (sur les revenus de l'année 2022) ou si vous ne souhaitez pas fournir d'attestation de quotient familiale, merci de cocher la case suivante :

Je certifie ne pas fournir d'attestation de quotient familiale et j'atteste avoir pris note de l'application du tarif maximum.

PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER MON ENFANT : (Autres que les responsables légaux)

NOM – PRENOM	N° TELEPHONE	TYPE DE CONTACT/ LIEN DE PARENTÉ

AUTORISATION D'ENREGISTREMENT ET D'UTILISATION DE L'IMAGE/LA VOIX :

RAYER LA MENTION INUTILE		SUPPORT	ETENDUE DE LA DIFFUSION	CONSERVATION
OUI	NON	INTERNE (Pour un usage collectif dans la structure, gestion administrative, trombinoscope)	Equipe pédagogique, personnel administratif, famille de la structure.	Valable sur la totalité de l'accueil, jusqu'au départ définitif de l'enfant hors de la structure
OUI	NON	EXTERNE (En ligne, projection collective)	Site avec accès réservé : Facebook, usages de communication externe (plaquette de l'association)	Valable sur la totalité de l'accueil, jusqu'au départ définitif de l'enfant hors de la structure

AUTRES AUTORISATIONS :

RAYER LA MENTION INUTILE			CONSERVATION
OUI	NON	Partir seul de l'accueil de loisirs périscolaire et extrascolaire	Valable sur la totalité de l'année 2024-2025
OUI	NON	Effectuer des sorties avec mon enfant, qu'il s'agisse de balades ou d'activités (piscine, gymnase, parc, visite...) avec la possibilité de trajet en bus ou mini bus.	Valable sur la totalité de l'année 2024-2025
OUI	NON	Accord d'Hospitalisation	Valable sur la totalité de l'année 2024-2025
OUI	NON	J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives	Valable sur la totalité de l'année 2024-2025
OUI	NON	J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées	Valable sur la totalité de l'année 2024-2025
OUI	NON	Autorise la direction et l'assistante administrative de la structure à consulter et à conserver notre dossier allocataire permettant le calcul du tarif horaire sur « mon compte partenaire CAF » « mon espace privé MSA ».	3 ans après le départ de l'enfant

Je certifie avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement du Centre d'animation 2023/2024 et je m'engage à prendre connaissance et à respecter le nouveau règlement 2024/2025 lorsque celui-ci sera mis en place.

Fait à le

Signature du ou des responsables :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par La mairie de Mozac pour la gestion de l'accueil de loisirs. La base légale du traitement est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : **Caisses d'Allocations Familiales et Collectivités locales**. Les données sont conservées pendant **trois ans après le départ de l'enfant**. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024-2025

NOM :

PRENOM :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES :

(Fournir obligatoirement une photocopie du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant)

Veillez cocher les cases ci-dessous si vos enfants sont vaccinés :

DIPHTERIE

COQUELUCHE*

TETANOS

HEPATITE B*

POLIOMYELITE

ROUGEOLE, OREILLONS ET RUBEOLE*

OU DT POLIO

MENINGOCOQUE DE SEROGRUPE C*

OU TETRACOQ

INFECTIONS INVASIVES A PNEUMOCOQUE*

INFECTIONS INVASIVES A HAEMOPHILUS INFLUENZAE DE TYPE B*

*** Vaccins obligatoires supplémentaires pour les enfants nées à partir de 2018.**

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de loisirs ou le séjour ?

OUI NON

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants.

**(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)
Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.**

COCHEZ LES MALADIES QUE VOTRE ENFANT A DÉJÀ EU :

RUBEOLE

OTITE

SCARLATINE

VARICELLE

ROUGEOLE

COQUELUCHE

ANGINE

OREILLONS

RHUMATISME ARTICULAIRE

P.A.I. EN COURS (Projet d'Accueil Individualisé) :

OUI NON

Motif :

Fournir une copie du PAI et une trousse marquée au nom de l'enfant contenant le traitement et l'ordonnance du médecin.

ALLERGIES : MEDICAMENTEUSES OUI NON
 ALIMENTAIRES OUI NON
 AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR :

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

SPÉCIFICITÉS ALIMENTAIRES :

SANS PORC SANS VIANDE AUTRE :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE :

(Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...)

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

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL : (Prévoir un étui au nom de l'enfant)

- DES LENTILLES : OUI NON - DES PROTHÈSES AUDITIVES : OUI NON
- DES LUNETTES : OUI NON - DES PROTHÈSES OU APPAREIL DENTAIRE : OUI NON

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Fait à le

Signature du ou des responsables :

