

CENTRE DE LOISIRS DES PEP 34

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

ELEMENTAIRE

PRIX JOURNEE :

PRIX 1/2 JOURNEE :

NOM :		FEMININ : ☐	PHOTO
PRENOM :		MASCULIN : ☐	
DATE DE NAISSANCE :	AGE :		
NUMERO CARTE MIDI :	TARIF CANTINE :		
ECOLE :			
<u>RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX) OU TUTEUR</u>			

Nombre d'enfants à charge pour la famille : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ plus ☐

NOM :	NOM :
PRENOM :	PRENOM :
PÈRE ☐ MERE ☐ TUTEUR ☐ AUTRE ☐	PÈRE ☐ MERE ☐ TUTEUR ☐ AUTRE ☐
ADRESSE :	ADRESSE :
TELEPHONE FIXE :	TELEPHONE FIXE :
TELEPHONE PORTABLE :	TELEPHONE PORTABLE :
ADRESSE MAIL :	ADRESSE MAIL :
N° DE SECURITE SOCIALE :	N° DE SECURITE SOCIALE :
N° D'ALLOCATAIRE CAF :	N° D'ALLOCATAIRE CAF :
Bénéficiez vous de l'aide aux loisirs ? OUI ☐ NON ☐	Bénéficiez vous de l'aide aux loisirs ? OUI ☐ NON ☐
Bénéficiez vous de l'aide médicale gratuite ou de la CMU ? OUI ☐ NON ☐	Bénéficiez vous de l'aide médicale gratuite ou de la CMU ? OUI ☐ NON ☐
Situation familiale : Célibataire ☐ Marié ☐ Divorcé ☐ Pacsé ☐ Veuf ☐	Situation familiale : Célibataire ☐ Marié ☐ Divorcé ☐ Pacsé ☐ Veuf ☐

En cas de séparation des parents, merci de nous fournir la copie du jugement concernant la garde de l'enfant

PROFESSION :	PROFESSION :
Nom, adresse et téléphone de l'employeur :	Nom, adresse et téléphone de l'employeur :
PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :	PERSONNES AUTORISES A RECUPERER VOTRE ENFANT :
NOM/ PRENOM :	NOM/ PRENOM :
TELEPHONE :	TELEPHONE :
NOM/ PRENOM :	NOM/ PRENOM :
TELEPHONE :	TELEPHONE :
NOM/ PRENOM :	NOM/ PRENOM :
TELEPHONE :	TELEPHONE :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

VACCINATIONS :

Joindre la copie des pages vaccinations du carnet de santé de l'enfant

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoire, joindre un certificat médical de contre non indication

Attention, le vaccin anti- tétanique ne présente aucune contre indication

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE : OUI ☐ NON ☐

ANGINE : OUI ☐ NON ☐

COQUELUCHE : OUI ☐ NON ☐

VARICELLE : OUI ☐ NON ☐

OTITE : OUI ☐ NON ☐

OREILLONS : OUI ☐ NON ☐

SCARLATINE : OUI ☐ NON ☐

ROUGEOLE : OUI ☐ NON ☐

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU : OUI ☐ NON ☐

ALLERGIES :

ASTHME : OUI ☐ NON ☐

MEDICAMENTEUSES : OUI ☐ NON ☐

ALIMENTAIRE : OUI ☐ NON ☐ AUTRES :

Merci de nous préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, à signaler) :

REGIME ALIMENTAIRE :

STANDARD : ☐

SANS VIANDE : ☐

PAI : ☐ (Merci de fournir celui-ci au dossier)

Merci de nous indiquer ci-dessous, les difficultés de santé (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en nous précisant les précautions à prendre :

Votre enfant porte -il des lunettes (fournir un étui), des prothèses auditives ou dentaire, ect ... :

Je soussigné, père, mère, tuteur, responsable de l'enfant, déclare :

- Avoir pris connaissance et accepté le projet éducatif ainsi que le règlement intérieur;
- Autorise l'enfant à participer à toutes les activités du centre et aux sorties éducatives et de loisirs ;
- Autorise les responsables du centre à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toute mesure d'urgence prescrite par le médecin ;
- M'engage à payer la part des frais du séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels;
- Autorise le centre de loisirs à faire des photos de l'enfant et à les exploiter : Oui ☐ Non ☐

DATE DE FIN DE VALIDITE (Un an à partir de la date d'inscription) :/...../20....

A Montpellier, le

Signature :