

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Accueils de Loisirs Sans Hébergement ADOLESCENT



2023 . 2024

LE JEUNE

NOM

Prénom

Date de Naissance

Niveau de Classe

Numéro Sécurité Sociale

Numéro du jeune

CONTACT en cas d'urgence



ADRESSE de FACTURATION

Mme/Mr

RUE

CP

VILLE

Numéro CAF

Allocataire
CAF

Allocataire
MSA

Nom du bénéficiaire

Fournir *Avis d'Imposition N-2* pour
allocataire **MSA** ou non allocataire

AUTORISATIONS

Sortie seul(e) de mon
adolescent

 OUI NON

Le jeune sait-il nager ?

 OUI NON

PHOTOGRAPHIES

Diffusion privée : au sein de
l'accueil + sur site web protégé
« **Toute mon année** »


Si oui = Code d'accès transmis à l'inscription

 OUI NON

Diffusion publique :
Presse locale

 OUI NON

PERSONNES autorisées à venir chercher l'enfant et à être prévenues en cas d'urgence

| NOM / Prénom |  | Lien avec l'enfant | Venir chercher les enfants | | Être prévenue en cas d'urgence | |
|----------------------|---|----------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Ressources Annuelles

- AUTORISE la CC EBEP à consulter les justificatifs des revenus N-2 (n°CAF via le service CDAP)
 N'AUTORISE PAS la CC EBEP à consulter les justificatifs de revenus N-2. Dans ce cas, fournir l'avis d'imposition.
Si refus, tarif maximum appliqué

Responsable Légal(e) 1

Autorité parentale OUI NON

Mère Père

Tuteur(trice) Famille d'Accueil

Date de naissance :

NOM

Nom de Jeune Fille

Prénom

Adresse N°

rue

Code Postal :

COMMUNE

☎ fixe :

☎ portable :

☎ pro :

Courriel : @

J'autorise l'envoi de SMS : OUI NON

Liens entre Resp.1/Resp.2

Marié(e)

Union Libre

Pacsé(e)

Divorcé(e)

Séparé(e)

Célibataire

Veuf(ve)

Responsable Légal(e) 2

Autorité parentale OUI NON

Mère Père

Tuteur(trice) Famille d'Accueil

Date de naissance :

NOM

Nom de Jeune Fille

Prénom

Adresse N°

rue

Code Postal :

COMMUNE

☎ fixe :

☎ portable :

☎ pro :

Courriel : @

J'autorise l'envoi de SMS : OUI NON

Conjoint(e) - si différent de responsable légal 2

NOM

Prénom

Lien avec responsable légal 1

marié(e) Union Libre pacsé(e)

Conjoint(e) - si différent de responsable légal 1

NOM

Prénom

Lien avec responsable légal 2

marié(e) Union Libre pacsé(e)

Renseignements Médicaux



Les vaccinations

copie des vaccins à fournir obligatoirement OUI

Enfants nés à partir du 1er janvier 2018 : la vaccination contre la *diphtérie*, le *tétanos*, la *poliomyélite*, la *coqueluche*, l'*Haemophilus influenzae b*, l'*hépatite B*, le *méningocoque C*, le *pneumocoque*, la *rougeole*, les *oreillons* et la *rubéole* est **obligatoire** jusqu'à 2 ans. Ils doivent donc être vaccinés (sauf contre-indication médicale reconnue contre ces onze maladies) pour pouvoir être admis en Accueil Collectif de Mineurs et être à jour. S'il manque des vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, aucune contre-indication pour le vaccin antitétanique.

Les traitements médicaux

L'enfant suit-il un traitement médical régulier (allergie, asthme, diabète...)?

OUI NON

Si oui (certificat médical **obligatoire**); lequel :

L'enfant dispose-t-il d'un PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) ?

OUI

NON

Si au moins l'une des cases «oui» est cochée, pour assurer la sécurité et l'accueil de l'enfant, il sera demandé de fournir obligatoirement une copie des certificats médicaux et/ou des PAI concernés. **Aucun médicament ne pourra être pris sans PAI accompagné d'une ordonnance.** Renouvellement du PAI à fournir chaque année scolaire avec signature du responsable de structure pour aval d'accueil de l'enfant.

Les maladies

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

| | | | | |
|---|--|--|---|---|
| Rubéole <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Varicelle <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Angine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Scarlatine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Otite <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Coqueluche <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Rougeole <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Oreillons <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Rhumatisme articulaire <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |

L'enfant souffre-t-il d'allergie ? OUI NON

Si oui, préciser la cause et la conduite à tenir :

Les difficultés de santé et les recommandations utiles

Votre enfant porte-t-il :

des lunettes

OUI

NON

Autres à préciser :

des prothèses auditives

OUI

NON

des prothèses dentaires

OUI

NON

🗳️ **Situation de handicap :**

Votre enfant a un dossier MDPH ?

OUI

NON

Difficultés de santé et précautions à prendre :

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?

OUI

NON

Si oui, à préciser :

Le médecin traitant

Nom :

☎️ :

les Assurances



L'assurance est obligatoire pour les dommages dont l'enfant serait l'auteur (responsabilité civile) et pour ceux qu'il pourrait subir (individuelle accident).

Responsabilité Civile : OUI NON Individuelle Accident : OUI NON

Compagnie d'assurance : N° Police de l'assurance

ATTESTATIONS

Je soussigné(e),

Père Mère Tuteur(trice) Famille d'Accueil

de l'enfant



- ✓ Certifie l'exactitude des renseignements fournis lors de l'inscription
- ✓ Autorise mon enfant à participer aux activités organisées par les structures d'accueil
- ✓ Atteste avoir pris connaissance des diverses informations et conditions des structures d'accueil
- ✓ M'engage à respecter le règlement en vigueur consultable dans les différentes structures d'accueil
- ✓ Autorise le personnel des structures d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant
- ✓ M'engage à régler les frais incombant à l'enfant dans les délais exigés



Fait le à

Signature des responsables légaux
précédée de la mention «Lu et approuvé»



N'oubliez pas de signaler au cours de l'année toute modification qui interviendrait dans votre situation



X

Signature du responsable 1 et/ou 2