



FICHE RENSEIGNEMENTS

2024 -2025

ENFANT :

⇒ Nom & Prénom : Né(e) le :

Ecole fréquentée : Classe :

PARENTS :

⇒ Nom & Prénom Responsable légal 1

Tél Domicile : Port :

Adresse :

Mail :

(Mail Obligatoire pour le portail famille)

⇒ Nom & Prénom Responsable légal 2

Tél Domicile : Port :

Adresse :

REGIME :

Allocataire CAF Régime spécial (MSA) Sans régime

Joindre obligatoirement une attestation indiquant votre quotient familial

⇒ Nom & Prénom de l'allocataire.....

⇒ N° de l'allocataire

ASSURANCE :

Votre enfant doit être couvert par une assurance responsabilité civile individuelle accident corporel.

Compagnie d'assurance : N° de contrat :

FICHE AUTORISATIONS

PERSONNES AUTORISEES à PRENDRE en CHARGE L'ENFANT :

- **J'autorise** les personnes citées ci-dessous à venir récupérer mon enfant durant les Accueils Périscolaire/Mercredis/Vacances. Il est recommandé de présenter ces personnes à l'équipe pédagogique Lor'Anim sinon votre enfant sera remis à la personne désignée sur présentation d'une pièce d'identité.

1 Téléphone :

2 Téléphone :

3 Téléphone :

4 Téléphone :

5 Téléphone :

AUTORISATIONS PHOTOS :

J'autorise l'équipe pédagogique Lor'Anim à publier et à utiliser les photos, les films pris dans le cadre des activités périscolaires et extra-scolaires sur lesquels figure mon enfant. Ceux-ci pourront être transmis à la presse locale, les mairies, la Communauté d'Agglomération ou sur des supports Internet, revues souvenirs...

J'Atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir l'équipe pédagogique Lor'Anim de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale...).

Je reconnais également avoir pris connaissance du livret d'accueil concernant l'Accueil Périscolaire, Mercredis et Extra-Scolaire Lor'Anim, et **déclare approuver** son contenu et **m'engage à m'y conformer**.

Fait à Le

Signature Responsable Légal

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT : Nom Prénom Né(e) le

Fille Garçon

1. VACCINATIONS :

Fournir, **obligatoirement à cette fiche sanitaire**, 1 photocopie des vaccins en vous référant au carnet de santé de votre enfant ou 1 certificat de vaccinations de votre médecin traitant.

2. TRAITEMENT MEDICAL :

Si votre enfant suit un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de loisirs... Joindre, **obligatoirement**, l'ordonnance originale avec les boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom & prénom de l'enfant avec la notice
Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

4. ALLERGIES :

- Asthme OUI NON
- Médicamenteuses OUI NON
- Alimentaires OUI NON

Joindre, obligatoirement, le protocole de votre médecin traitant.

5. OBSERVATION(S) :

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

6. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

Votre enfant porte-t-il

- Des lunettes : OUI NON
- Des lentilles : OUI NON
- Des prothèses auditives : OUI NON
- Appareil dentaire : OUI NON

Autres :

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

7. MEDECIN TRAITANT

Nom Prénom du médecin :

Ville : Téléphone :

8. RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Je soussigné,
responsable légal de l'enfant, cité ci-dessus, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire de liaison et j'autorise l'équipe pédagogique de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale...), suivant les prescriptions d'un médecin.

- L'enfant bénéficie-t-il :

- De la CMU OUI NON
 - D'une prise en charge Sécurité Sociale à 100% OUI NON
- Si OUI, fournir, obligatoirement, les attestations.**

- N° Sécurité Sociale du responsable légal :

Fait à Le/...../.....

Signature du responsable légal