Fiche de Renseignements Annuelle
Année 2021-2022

ALSH MEUCON / LOCMARIA-GRAND-CHAMP

Fiche à déposer à l'ALSH

(Bureau enfance-jeunesse, rue du stade à Meucon ou à l'accueil de l'ALSH dans les locaux de l'école publique maternelle les mercredis et jours de vacances)

Avec les autres documents à fournir :

- Le coupon du **règlement intérieur de l'ALSH** signé
- Le coupon d'accès à l'Espace Famille
- Une **attestation d'Assurance** responsabilité civile
- Une **attestation du Quotient Familial** (si résidant à Meucon ou à Locmaria-Grand-Champ)
- Photocopie des **pages de vaccinations** du carnet de santé
- Photocopie du **PAI** le cas échéant
- **RIB** (mise en place du prélèvement automatique systématique)
- Autorisation/droit à l'image

L'ENFANT

NOM :..... PRENOM :.....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../..... AGE : ..... ans Sexe : M ☐ F ☐

Nom de l'école : ..... Classe : ..... Nom de l'enseignant : .....

RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX)

☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur.trice légal.e

Parent 1 : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone domicile : ...../...../...../...../..... Téléphone portable : ...../...../...../...../.....

Téléphone travail : ...../...../...../...../.....

E-mail : .....@.....

Parent 2 : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone domicile : ...../...../...../...../..... Téléphone portable : ...../...../...../...../.....

Téléphone travail : ...../...../...../...../.....

E-mail : .....@.....

Régime d'appartenance : ☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre

N° allocataire CAF : 0 ... ... Ou **Numéro MSA : .....**

Autorisez-vous la direction de l'ALSH à consulter votre QF via CAF PRO (avec le n° allocataire) : ☐ Oui ☐ Non

Quotient familial : ..... **Date d'effet : .....**

Bénéficiaire des bons : ☐ Bons CAF *(si oui, merci de nous les transmettre)*

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné-e Madame, Monsieur (nom des parents ou tuteur.trice légal.e)
.....

☐ autorise mon enfant à rentrer seul ☐ n'autorise pas mon enfant à rentrer seul

☐ autorise à venir chercher mon enfant en cas de retard ou d'indisponibilités (autre que les parents) :

	NOM - Prénom	Adresse	CP - Ville	N° téléphone	Lien avec l'enfant
1					
2					

URGENCES MEDICALES

Médecin traitant : ..... Tél :.....

En cas d'urgences, je demande à contacter prioritairement : ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur.trice légal.e

Si nous ne parvenons pas à vous joindre, vous souhaitez que nous prévenions :

	NOM - Prénom	Adresse	CP - Ville	N° téléphone	Lien avec l'enfant
1					
2					

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

☐ Varicelle ☐ Angine ☐ Rhumatisme ☐ Scarlatine ☐ Coqueluche

Allergies ou Régime alimentaire particulier :

☐ Asthme ☐ Autres : .....

☐ Médicamenteuses ☐ Alimentaires Merci de préciser : .....

☐ PAI : .....

Merci de nous fournir les médicaments avec une ordonnance / une photocopie du P.A.I

Recommandations utiles des parents :

Précisez si votre enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, dentaires ou autres renseignements que vous jugez utiles de nous transmettre :

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

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussign.é.e Madame, Monsieur .....

☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur légal

AUTORISE l'accueil de loisirs de Meucon/Locmaria-Grand-Champ à :

- Ce que mon enfant participe à toutes les activités proposées à l'accueil de loisirs.
- Présenter mon enfant au médecin désigné ou si celui-ci était indisponible à tout autre médecin.
- A prendre toutes les dispositions jugées utiles en cas d'accident ou de maladie, pour faire soigner mon enfant, à faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgences.

Fait à....., le .....**Signature du ou des responsables légaux**