

# ACCUEIL DE LOISIRS ODEL AMPUS MONTFERRAT

FICHE INDIVIDUELLE ET CONFIDENTIELLE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET SANITAIRES

ANNEE SCOLAIRE 2015-2016

Dossier Administratif :  Accueil de Loisirs  Périscolaire  Nouvelles Activités Périscolaires

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM : ..... PRENOM : ..... Sexe :  M  F

Date de naissance : ..... Age : .....ans

Ecole : ..... Classe : .....

## RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

(cocher la ou les case(s) lorsqu'il s'agit du ou des responsable(s) légal(aux) de l'enfant inscrit)

PERE  TUTEUR  MERE  TUTRICE

NOM : .....	NOM : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
Code Postal : ..... Ville : .....	Code Postal : ..... Ville : .....
Profession : .....	Profession : .....
Tél : Domicile : .....	Tél : Domicile : .....
Travail : .....	Travail : .....
Portable : .....	Portable : .....
Mail : .....	Mail : .....

Situation parentale :  Mariés  Séparés  Divorcés  Pacsés  Union libre  Veuf(ve)  Célibataire

Qui à la garde de l'enfant :  Le père  La mère  Autre.....

Qui est autorisé à venir voir l'enfant :  Le père  La mère  Autre.....

Qui est autorisé à récupérer l'enfant :  Le père  La mère  Autre.....

***Si un des parents n'est pas autorisé à récupérer l'enfant, il est impératif de joindre une pièce justificative légale.***

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS COMPLEMENTAIRES

➤ Numéro d'Allocataire : ..... CAF de : ..... Quotient Familial : .....  
 Régime général  EDF- GDF- SNCF- RATP  MSA  Pêche Maritime  Autre

➤ Nombre d'enfants à charge : ..... Revenu imposable du ménage : .....Euro

	<b>Responsabilité Civile Individuelle accident :</b>	<b>Complémentaire santé (mutuelle) :</b>
Compagnie		
Contrat N°		

## Personne(s) Autorisée(s) à venir chercher l'enfant *(autre que les parents)*

NOM / PRENOM	TELEPHONE FIXE	PORTABLE	LIEN AVEC LA FAMILLE

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (I) rayer les mentions inutiles**

1. A-t-il eu (I) :

RUBEOLE	VARICELLE	SCARLATINE	COQUELUCHE	ROUGEOLE	OREILLONS	OTITES	ANGINE	RHUMATISMES
---------	-----------	------------	------------	----------	-----------	--------	--------	-------------

2. A-t-il déjà présenté des allergies (I) :

ALIMENTAIRE	MEDICAMENTEUSE	ASTHME	AUTRE
-------------	----------------	--------	-------

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les conséquences qu'elles peuvent avoir et la conduite à tenir :

PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) :  OUI  NON *Si oui, joindre la copie.*

3. A-t-il eu d'autres difficultés de santé : maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations etc...

Préciser les dates et les précautions nécessaires à prendre : .....

4. Autres recommandations utiles des parents (port de lunette, appareil dentaire.....).....

5. L'enfant suit-il :

- Un traitement à poursuivre durant son temps au centre de loisirs :  oui  non
- Un traitement à administrer en cas d'urgence (ex : ventoline.....) :  oui  non
- Une automédication à poursuivre durant son temps au centre de loisirs :  oui  non

N'oubliez pas de joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants, accompagnés d'une autorisation parentale.

6. Vaccinations : Si non précisées sur le certificat médical, joindre les photocopies du carnet de vaccination ou un certificat de contre-indication du ou des vaccin(s) concerné(s).

**7. CERTIFICAT MEDICAL**

*Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné le ou la jeune : .....*

*Il (ou elle) ne présente aucun signe de maladie contagieuse.*

*Il (ou elle) a satisfait aux obligations fixées par la législation relative aux vaccinations.*

*Il (ou elle) est apte à fréquenter un accueil de loisirs collectif et à pratiquer des activités physiques et sportives.*

*Observations éventuelles : .....*

A..... le .....

Signature :

Cachet ou Nom, adresse et téléphone du médecin

**AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE**

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant, reconnais avoir rempli la présente fiche et certifie exacts les renseignements fournis, autorise :

- mon enfant à participer à toutes les activités du centre,
- le directeur du centre à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence,
- la pratique de toute intervention chirurgicale ou anesthésie décidée par un Médecin,
- expressément et sans contrepartie, l'ODEL à prendre ou faire prendre des photos de mon enfant au cours des activités organisées dans le cadre du centre de loisirs ; et à les utiliser sur tout support de communication.

Je m'engage à informer par écrit le centre de toutes modifications qui surviendraient en cours d'année et déclare exacts et complets les renseignements portés sur cette fiche.

Je déclare avoir pris connaissance du projet éducatif de l'ODEL, des conditions de réalisation (spécifiques pour chaque séjour) et du Règlement Intérieur du Centre.

Signature du (ou des) responsable(s) légal(aux) de l'enfant :  
(Faire précéder de la mention « Lu et Approuvé »)

A.....  
Le ..... 2015

**Liste des documents à fournir (Impérativement le Jour du dépôt de Dossier)**

	La présente fiche dûment renseignée, datée et signée
	Quotient familial et N° d'allocataire
	Dernier avis d'imposition
	Justificatif de domicile
	Jugement de divorce pour les parents séparés
	N° de sécurité sociale où est couvert l'enfant
	Le certificat médical rempli par votre médecin traitant (sur dossier)
	Copie carnet de vaccination ou certificat de contre-indication
	Assurance extra Scolaire
	Photo d'identité
	Copie de l'Attestation d'Assurance Responsabilité Civile Individuelle accident

