

DECLARATION DU CHEF DE FAMILLE

*Pour être admis en centre de loisirs, cette déclaration devra
OBLIGATOIREMENT être REMPLIE et SIGNÉE par le responsable légal de l'enfant.*

Je soussignée (e) :

Responsable légal N°1

Responsable légal N°2

AUTORISE le/la Directeur(trice) du centre de loisirs :

- A faire soigner mon enfant et faire pratiquer les interventions d'urgences, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.
- Je m'engage à payer la part des frais incombant à la famille, les frais médicaux d'hospitalisation et d'opération, non remboursés par la Sécurité Sociale.
- J'autorise en outre mon enfant, à participer à toutes les activités du Centre de loisirs.

En cas de DIVORCE :

- ***Dans le cas où il n'y aurait pas d'autorisation de récupération de l'enfant par un des deux parents, joindre au dossier une Photocopie du jugement. (Obligatoire)***

Autres personnes autorisées à récupérer l'enfant (Avec présentation de la carte d'identité)		
En qualité de :	Nom /prénom	N° de téléphone
1/		
2/		
3/		

CULTE :

Notre Centres de loisirs est laïques ; en conséquence, il ne peut y avoir aucune manifestation religieuse à l'intérieur du Centre.

Lu et approuvé A le

SIGNATURE

TOUT DOSSIER INCOMPLET OU INCORRECTEMENT REMPLI SERA REFUSE



FICHE

INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS ACM

(Accueil Collectif de Mineur)

*Cette fiche est à compléter et à remettre sous enveloppe
à l'ACM. Elle sera détruite au bout d'un an.*

NOM et Prénom de l'enfant

Date et lieu de naissance :

Age :

Genre :

Adresse habituelle :

Nom Salarié AH : Matricule :

Responsables Légaux			
	Nom/prénom	En qualité de	N° de téléphone
Responsable N°1			
Responsable I N°2			
Personnes à joindre en cas d'urgence			
En Qualité de :	Nom/prénom	N° de téléphone	
1/			
2/			

VACCINATIONS :

(Se référer au Carnet de Santé)

VACCINS OBLIGATOIRES

DATE

Diphtérie
Tétanos
Poliomyélite
OU DT Polio
OU Tétracoq

VACCINS RECOMMANDES

DATE

Coqueluce
Hépatite B
Rubéole – Oreillon – Rougeole
BCG
Autres (préciser)

Le mineur a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

(Cochez les maladies que l'enfant a eu)

- Rubéole Varicelle Angine Coqueluche
- Oreillons Otite Rougeole Scarlatine
- Rhumatisme articulaire aigu

ALLERGIES :

- Asthme
- Alimentaires
- Médicamenteuses
- Autres (animaux, plantes, pollen,...)

Précisez l'origine de l'allergie ainsi que la conduite à tenir :

.....

RECOMMANDATIONS PARTICULIERES :

Votre enfant a-t-il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : oui non

L'enfant suit-il un traitement médical ? (Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine au nom de l'enfant)

.....
.....

Recommandations particulières, (*port de lunettes/lentilles – appareil dentaire ou auditif-comportement de l'enfant.*) :

.....
.....

L'enfant suit-il un régime alimentaire ? (Si oui, précisez lequel)

.....
.....

N° Assuré Social (dont dépend l'enfant) :

_ | _ | _ | _ | _ | _ | _ / _ _

Profession du responsable légal 1 : **Employeur :**

Profession du responsable légal 2 : **Employeur :**

AUTORISATION DE PUBLICATION

A l'occasion de sorties ou d'activités pédagogiques, il se peut que mon enfant soit photographié pour publication dans un journal, une brochure, une note d'information, je donne autorisation pour ces prises de photos et ces publications.

Oui Non

Je soussigné(e),

Responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

Date :

Signature