

# SERVICE ENFANCE JEUNESSE MUNICIPAL D'ELLIANT ACCUEIL DE LOISIRS - SEJOURS DE VACANCES

## RENSEIGNEMENTS ET AUTORISATIONS SEPTEMBRE 2017/ AOUT 2018

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....  
 Né(e) le : ..... Classe : ..... Ecole fréquentée.....  
 Adresse : ..... N° de ☎ : .....  
 Adresse mail : .....  
 Nom du père : ..... Nom de la mère : .....  
 Prénom : ..... Prénom : .....  
 N° de ☎ travail : ..... N° de ☎ travail : .....  
 N° de ☎ portable : ..... N° de ☎ portable : .....

Factures à adresser à (nom et adresse):  
 .....  
 .....

**Ventilation des familles en fonction du régime : veuillez cocher la case correspondante à votre situation :**

Régime général CAF	
Régime MSA	

Numéro d'allocataire CAF : .....

autorise la commune à utiliser le service CAF Pro pour avoir accès au quotient familial de la famille et éventuellement déduire une aide financière (3 barèmes d'aide), valable uniquement pour les communes d'Elliant et Tourc'h.

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

Nom du médecin traitant et n° de Tel : .....

**Personnes susceptibles de prendre votre enfant à « l'accueil de loisirs »:**

Nom : .....	Prénom : ...../	Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....	Adresse : .....	Adresse : .....
.....	N° de ☎ : ...../	.....	N° de ☎ : .....

Votre enfant sait-il nager ?    Oui  - Non

**Autorisations**

Ayant pris connaissance du fonctionnement du Service Enfance Jeunesse Municipal d'Elliant et des conditions financières, je soussigné(e),..... responsable légal de l'enfant .....

- 1) Autorise l'enfant à participer à toutes les activités :
  - des mercredis et jours de vacances : déplacements, baignades, visites...
  - des séjours de vacances
- 2) Autorise la Directrice de l'Accueil de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures médicales rendues nécessaires par l'état de l'enfant,
- 3) M'engage à rembourser à l'Accueil de Loisirs les honoraires médicaux et les frais pharmaceutiques avancés en raison des soins engagés,
- 4) Autorisation facultative :
  - Autorise l'enfant à quitter seul l'Accueil de Loisirs après 17 heures.
  - Autorise le service enfance jeunesse à utiliser les photos de l'enfant sur les différents supports d'information et de communication (journaux, photos exposées au centre de loisirs, mairie infos)
- 5) Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- 6) Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs et m'engage à le respecter.

A Elliant, le
SIGNATURE

Merci de compléter également le verso

**I - Vaccinations :** (se référer au carnet de santé de l'enfant ou joindre une photocopie des vaccinations)

Vaccins obligatoires	NON	OUI	Dernier rappel	Vaccins recommandés	NON	OUI	Date
Diphthérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Polioomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

**II - Renseignements médicaux :**

L'enfant est-il concerné par un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ?  oui  non  
 Si oui, joindre une copie du PAI.

Allergies : médicamenteuses  oui  non asthme  oui  non  
 alimentaires  oui  non autres  oui  non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

**III - Recommandations utiles :**

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?