

2014-2015

Nom de l'enfant :

Prénom : Nom de l'assurance scolaire :

Adresse : N° de contrat :

..... N° Sécurité Sociale :

Date et Lieu de naissance : Adresse de votre CAF :

Ecole Jean Macé (cochez) : Autre : N° allocataire CAF :

Classe et N° : Autre caisse d'allocations :

Cochez vos réponses :

Inscription au CLAE le matin	OUI	NON	Demi-pensionnaire	OUI	NON
Inscription au CLAE le soir	OUI	NON	Atelier étude	OUI	NON

1/ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE (1)

~ Situation des parents : **MARIÉS** **CONCUBINS** **SÉPARÉS** **DIVORCÉS** **VEUF (VE)**

~ Responsable(s) légal (aux) : **PÈRE et MÈRE** **PÈRE SEUL** **MÈRE SEULE** **TUTEUR(S)**

~ En cas de divorce ou de séparation, qui est autorisé à venir récupérer l'enfant ? (2) **PÈRE** **MÈRE** **PÈRE et MÈRE**

~ Une garde alternée a-t-elle été mise en place? **OUI** **NON**

PÈRE ou TUTEUR (1)

NOM : **Prénom** :

Adresse, si différente de celle de l'enfant :

☎ Domicile : ☎ Travail : ☎ Portable :

Profession : Employeur :

MÈRE ou TUTRICE (1)

NOM : **Prénom** :

Adresse, si différente de celle de l'enfant :

☎ Domicile : ☎ Travail : ☎ Portable :

Profession : Employeur :

FRÈRES & SŒURS

Nom et prénom	Date de naissance	Etablissement fréquenté	Commune	Classe

2/ PERSONNES MAJEURES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT (autres que les parents)

~ NOM : Qualité : ☎ :

~ NOM : Qualité : ☎ :

~ NOM : Qualité : ☎ :

Sauf autorisation exceptionnelle, à retirer au bureau de l'ALEJM après accord du directeur, votre enfant ne pourra quitter seul le centre de loisirs ou être récupéré par un mineur.

(1) : Veuillez barrer les mentions inutiles

(2) : Fournir obligatoirement une décision de justice si l'un des parents ne peut exercer ce droit

3/ PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS D'ACCIDENT (autres que les parents)

~ NOM : Qualité : ☎ :

~ NOM : Qualité : ☎ :

4/ MÉDECIN DE FAMILLE

NOM : Prénom :

Adresse : ☎ :

5/ RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX OBLIGATOIRES CONCERNANT L'ENFANT

~ L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

	OUI	NON		OUI	NON	Vaccins Obligatoires	OUI	NON	Date des derniers rappels
Rubéole			Rougeole			Diphtérie			
Varicelle			Scarlatine			Tétanos			
Coqueluche			Oreillons			Poliomyélite			
Angines			Asthme			Ou DT Polio			
Otitis						Ou Tétracoq			
						BCG			

ATTENTION : Aucun traitement médical ne sera administré sans ordonnance.

→ OBSERVATIONS :

~ Allergies attestées par un certificat médical :

~ Votre enfant fait-il l'objet d'un projet d'accueil individualisé (PAI) ? OUI NON

~ Autres difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations) en précisant dates et/ou recommandations particulières :

6/ DROIT A L'IMAGE ET LETTRES D'INFORMATION (cochez)

- J'autorise la direction du centre de loisirs à prendre des images de mon enfant (photos, vidéos) pour réaliser des expositions au sein de la structure.
- J'autorise la publication des photos et des vidéos sur lesquelles figure mon enfant (sans mention de son identité) sur le site alejm.org
- Je n'autorise aucune prise d'image de mon enfant.
- Je souhaite recevoir les lettres d'information de l'ALEJM (infos pratiques, décisions du conseil d'administration, événements festifs...) à cette adresse e-mail (écrivez lisiblement svp) :

.....@.....

7/ AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e), responsable légal de l'enfant, l'autorise à participer à toutes les activités du centre de loisirs et à utiliser les moyens de transports mis à sa disposition par l'organisateur. J'autorise également les responsables de l'ALEJM à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Rappel des pièces à fournir :

- Attestation d'assurance : couvrant les activités péri et extra scolaires
- Vaccinations : pages vaccinations du carnet de santé ou certificat médical
- Photo