

L'ENFANT

Nom Prénom
 Né(e) le Ville de naissance
 École fréquentée Niveau de classe
 Assurance en responsabilité civile péri et extrascolaire : Oui Non
 Nom de la compagnie d'assurance N° de contrat

RESPONSABLE 1

Père Mère Tuteur Autre (précisez) :
 Nom Prénom
 Né(e) le à Nationalité
 Adresse
 Code postal Commune
 Tel Portable Tel Domicile Tel Employeur
 E-mail Profession
 Situation matrimoniale : Marié(e) Concubin Divorcé(e) ou séparé(e)
 Garde alternée : Semaine paire Semaine impaire Autre (précisez)

Régime général :

Caisse d'allocations familiales du jura, N° d'allocataire C.A.F (obligatoire)
 Caisse d'allocations familiales du N°CAF Quotien F
 Mutualité sociale Agricole N° d'allocataire M.S.A Quotien F
 Autre (précisez)

Pour les non allocataires CAF du Jura, fournir la fiche d'imposition N-2 nécessaire pour le calcul de la participation financière ou joindre l'attestation Quotien F pour les ressortissants MSA.

Nombre d'enfants à charge :

RESPONSABLE 2

Père Mère Tuteur Autre (précisez) :
 Nom Prénom
 Né(e) le à Nationalité
 Adresse
 Code postal Commune
 Tel Portable Tel Domicile Tel Employeur
 E-mail Profession
 Situation matrimoniale : Marié(e) Concubin Divorcé(e) ou séparé(e)
 Garde alternée : Semaine paire Semaine impaire Autre (précisez)

Régime général :

Caisse d'allocations familiales du Jura, N° d'allocataire C.A.F (obligatoire)
 Caisse d'allocations familiales du N°CAF Quotien F
 Mutualité sociale Agricole N° d'allocataire M.S.A Quotien F
 Autre (précisez)

Pour les non allocataires CAF du Jura, fournir la fiche d'imposition N-2 nécessaire pour le calcul de la participation financière

Nombre d'enfants à charge :

PERSONNES À CONTACTER EN CAS DE PROBLÈME

(si différent des responsables légaux)

Nom Prénom N° de tel
Nom Prénom N° de tel

PERSONNES AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À L'ACCUEIL DE LOISIRS

Nom Prénom Lien de parenté.....
Nom Prénom Lien de parenté.....
Nom Prénom Lien de parenté.....

Si la garde de l'enfant est interdite à l'un des parents, fournir la copie du jugement.

ENVOI DES DOCUMENTS ADMINISTRATIFS (dont factures)

Responsable 1 Responsable 2

Autre (précisez et renseignez les éléments ci-dessous) :

Nom Prénom

Né(e) le à

Adresse

Code postal Commune

Tel Portable Tel Domicile

E-mail

Remarque

DROIT À L'IMAGE

Dans le cadre des activités prévues sur les temps périscolaire et extrascolaire,

j'autorise **je n'autorise pas**

les membres des accueils de loisirs d'enregistrer l'image et la voix de mon enfant (photos et vidéos).

Les enregistrements images/voix ont pour objectif de faire connaître et reconnaître les activités des enfants durant les temps accueils (sorties, activités manuelles, projet pédagogique, spectacles et expositions...).

La diffusion dans le cadre d'un projet ciblé pouvant être utilisés sur les supports de communication suivant : presse écrite et en ligne, site internet officiel, chaîne youtube de la communauté de communes, page facebook et instagram officielles de la communauté de communes, supports papier communal et intercommunal.

La communauté de communes s'interdit expressément de céder les présentes autorisations à un tiers. Elle s'interdit également de procéder à une exploitation illicite de l'enregistrement de l'image et/ou de la voix de la personne susceptible de porter atteinte à sa dignité, sa réputation ou à sa vie privée et toute autre exploitation préjudiciable selon les lois et règlements en vigueur.

AUTORISATION

J'autorise mon enfant à rentrer seul : Oui Non

Si oui, il est obligatoire de compléter une autorisation de sortie à demander à l'accueil de loisirs.

Je soussigné(e) **déclare :**

Avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement des accueils de loisirs du Val d'Amour énoncées dans le règlement intérieur (téléchargeable sur le site www.valdamour.com) et en accepter les conditions. Certifie l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

À.....

LE

SIGNATURE :

Fiche sanitaire de Liaison

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités péri et extra-scolaires de votre enfant. **Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.**

L'ENFANT

Nom Prénom
Né(e) le à Sexe : Féminin Masculin

VACCINATIONS

Fournir obligatoirement la photocopie du carnet de vaccinations

Les vaccins de votre enfant sont-ils à jour ? Oui Non

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'année scolaire ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

(Boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice).

ALLERGIES

Asthme Alimentaire Médicamenteuse Autres (précisez)

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

Cette allergie nécessite-t-elle une trousse d'urgence ? Oui Non

Pour toutes allergies, il est obligatoire de fournir le certificat médical.

DIFFICULTÉS DE SANTÉ

Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation...

Indiquez ci-après en précisant les dates et les précautions à prendre.

L'enfant porte- t-il des lunettes, des prothèses (auditives, dentaires, autres) ? Oui Non

Si oui, précisez

MÉDECIN TRAITANT

Nom Prénom
Téléphone Commune

BESOINS PARTICULIERS FACULTATIFS

Ils permettront à l'équipe d'anilation d'organiser les temps d'accueils de votre enfant si besoin.

L'enfant est 'il en situation de handicap ? Oui Non

Si oui, Visible Invisible

Nécessite-t-il une attention particulière ? Oui Non

Précisez

L'enfant bénéficie-t-il d'un suivi complémentaire ? Oui Non
(C.A.M.S.P, C.M.P, C.M.P.P, hôpital de jour...)

L'enfant bénéficie-t-il ?

- De l'A.E.E.H (allocation éducative de l'enfant handicapé)
 D'un P.A.I (projet d'accueil individualisé) ou autre protocole

Précisez

Si besoin et afin d'accueillir au mieux votre enfant, une rencontre vous sera proposée

Je soussigné(e)

Responsable légal de l'enfant certifie :

- **Exact les renseignements portés sur cette fiche**
- **Autorise le personnel de l'accueil de loisirs à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant**
- **M'engage à payer les frais médicaux, d'hospitalisation ou d'intervention éventuelle**

Date

Signature :