

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 énoncés 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 :