



## Renseignements concernant le jeune :

**NOM :**

**PRENOM :**

Classe fréquentée année scolaire 2016/2017 : ..... Age : .....  
Date de naissance : .....  
N° de téléphone du jeune : .....

- Autorise l'enfant à quitter seul le soir l'accueil de loisirs:  
Oui  Non
- Autorise  n'autorise pas  le Directeur de l'Accueil de Loisirs ou son remplaçant à prendre en charge l'enfant à sa sortie de l'hôpital.

- Baignade :

Votre enfant sait-il nager ?

- Oui**       **Non**

Si oui, possède-t-il un diplôme ou une attestation de natation ?

- 20 m**       **25 m**       **50 m**

(Merci de nous joindre le document).

- Je soussigné(e) ..... autorise ou n'autorise pas (1) mon enfant ..... à participer à toutes les activités organisées au sein de l'accueil de loisirs. (1) *rayer la mention inutile*

- Accepte de fait le règlement intérieur de la structure et m'engage à le respecter (disponible sur le site de la CCBG et sur demande sur la structure ou au siège social de la CCBG, service Action Social)

Date :

Signature :

Renseignements concernant le père	Renseignements concernant la mère	Renseignements pour la facturation
NOM :	NOM :	M <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M & Mme <input type="checkbox"/> Melle <input type="checkbox"/> NOM :
Prénom :	Nom de jeune fille :	Situation familiale : Marié <input type="checkbox"/> Divorcé/Séparé <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>
Adresse :	Prénom :	N° CAF <input type="checkbox"/>
	Adresse (si différente):	N° MSA .....
Profession :	Profession :	<input type="checkbox"/> ..... Au nom du père <input type="checkbox"/> Au nom de la mère <input type="checkbox"/> Quotient familial : .....
Employeur et lieu :	Employeur et lieu :	N° téléphone domicile :
Téléphone professionnel :	Téléphone professionnel :	Courriel :
Téléphone mobile :	Téléphone mobile :	Adresse :
En cas d'urgence : Nom : Tel :	En cas d'urgence : Nom : Tel :	
Autorité parentale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Autorité parentale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	



## Fiche sanitaire de liaison

**Nom de l'enfant :** ..... **Prénom :** .....  
**N° de sécurité sociale :** .....  
**Nom du Médecin traitant :** ..... **N° de tel :** .....

• **L'enfant suit-il un régime alimentaire ?**  
 Oui       Non      Si oui lequel : .....

Régime sans porc :     Oui       Non

• **L'enfant suit-il un traitement ?**  
 Oui       Non      Si oui lequel : .....

***(Joindre impérativement une ordonnance et les médicaments au nom de l'enfant)***

• **Antécédents médicaux (cocher la case si l'enfant a eu la maladie) :**

Rougeole	Oreillons	Ortie	Coqueluche	Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine

• **Allergies**

Alimentaire :     Oui       Non       Non      Médicamenteuse :     Oui       Non       Non  
 Autres (animaux, pollen...) :     Oui       Non       Non      Asthme :     Oui       Non       Non

**Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.**

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?    **Oui**          **Non**   

Si **Oui** : .....

• **Vaccinations (joindre la copie des pages du carnet de santé correspondant aux vaccinations)**

DT Polio      **Oui**          **Non**      
 Prochaine vaccination prévue le .....  
 BCG            **Oui**          **Non**      
 ROR            **Oui**          **Non**   

**Recommandations utiles des parents :**  
 (Port de lunettes, d'appareils auditifs ou dentaires, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne...)

	<b>Oui</b>		<b>Non</b>
Lunettes			
Appareil dentaire/auditif			
Autres : .....			
(à préciser)			

• **Lors de la fréquentation du pôle jeunesse ANIM'ADO, j'autorise le Directeur du pôle jeunesse, ou la personne à qui il a confié son autorité, à prendre toute décision utile suivant avis du médecin concernant un traitement, une hospitalisation ou une opération.**  
**→ Signature du responsable légal :** .....

• Je soussigné(e) .....

Père          Mère          Tuteur   

De l'enfant .....

- **Autorise**        **n'autorise pas**        les services de la Communauté de Communes à diffuser les photographies de mon enfant prises dans le cadre de l'accueil de loisirs en vue de les mettre en ligne sur le site internet, de les publier ou de les exposer.

- **Autorise Mr ou Mme**..... à venir chercher mon enfant à la fin des activités de l'accueil de loisirs.

- **Autorise**        **n'autorise pas**        le Directeur du pôle jeunesse, ou la personne à qui il a confié son autorité à prendre en charge mon enfant dans le cadre du transport mis en place par ANIM'ADO (minibus, véhicule personnel, car)

