



FICHE INDIVIDUELLE DE L'ENFANT
ACCUEIL DE LOISIRS/ MERCREDI / QUARTIER JEUNES
Association EAC Aime
 20...../20.....

Enfant					
Nom(s):..... Prénom..... Né(e) le:..... Adresse principale de l'enfant:..... Classe:.....	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #e0e0e0;"> <th style="padding: 5px;">PERE ou Représentant légal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"> NOM et Prénom:..... Adresse (si différente de celle-ci-dessus): Téléphone: Courriel:..... </td> </tr> </tbody> </table>	PERE ou Représentant légal	NOM et Prénom:..... Adresse (si différente de celle-ci-dessus): Téléphone: Courriel:.....	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #e0e0e0;"> <th style="padding: 5px;">MERE ou Représentant légal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"> NOM et Prénom:..... Adresse (si différente de celle-ci-dessus):..... Téléphone:..... Courriel:..... </td> </tr> </tbody> </table>	MERE ou Représentant légal	NOM et Prénom:..... Adresse (si différente de celle-ci-dessus):..... Téléphone:..... Courriel:.....
PERE ou Représentant légal					
NOM et Prénom:..... Adresse (si différente de celle-ci-dessus): Téléphone: Courriel:.....					
MERE ou Représentant légal					
NOM et Prénom:..... Adresse (si différente de celle-ci-dessus):..... Téléphone:..... Courriel:.....					

Personnes à prévenir en cas d'urgence et autorisées à venir chercher mon enfant:		
Nom et Prénom	Qualité (famille, amis, nourrice)	Téléphone

Allergies:..... L'enfant dispose-t-il d'un P.A.I.: <input type="checkbox"/> OUI (fournir le protocole et la trousse PAI) <input type="checkbox"/> NON Traitements médicaux:..... Recommandations des parents:..... Vaccin DT POLIO date :Ou certificat médical de non-vaccination à joindre Mon enfant est autorisé à participer à toutes les activités du centre: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si non, indiquez lesquelles:
--

Exercice de l'autorité parentale conjointe: OUI NON

Garde alternée: OUI NON

- J'autorise mon enfant à quitter SEUL l'accueil de loisirs OUI NON
- J'autorise mon enfant à prendre les transports pour les activités OUI NON
- J'autorise l'accueil de loisirs à publier ou diffuser des photos ou autres supports vidéo de mon enfant sur son site et ses réseaux sociaux OUI NON

Responsabilité civile:

Nom de la compagnie d'assurance:.....

Numéro d'assurance:.....

CAF Lieu:..... N°allocataire :..... QF :.....

CAFPRO: autorisez-vous la direction à consulter votre QF CAF en cas de besoin? Oui Non

Pièces à fournir et indispensables à l'enregistrement de cette inscription:

- Copie des vaccinations ou certificat médical de non vaccination
- Attestation CAF

- Autorise le service Accueil de loisirs à prendre toutes les dispositions jugées utiles concernant mon enfant en cas d'accident
- Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur dans le portail famille ou sur le site de l'EAC

Date et signature du responsable légal qui inscrit l'enfant:

Le.....

Signature: «Lu et approuvé»

A.....