

**Centre d’animation de Marsat**

**Dossier de renseignements famille et enfant**

[ ] **Périscolaire soir**

[ ] **Périscolaire midi**

[ ] **Mercredis**

[ ] **Petites et grandes vacances**

**Centre de facturation et paiement (hors matin et midi) :**

**Ufcv Auvergne**

11 rue Montlosier – 63000 Clermont Fd

Tel : 04 73 74 45 60 - Fax : 04 73 91 08 44

auvergne@ufcv.fr

**Centre d’Animation MARSAT :**

**Directeur : Johan FABREGUETTES**

Ecole de Marsat

63200 MARSAT – 06 87 77 48 32

johan.fabreguettes@ufcv.fr

|  |  |
| --- | --- |
| **Fiche de renseignements familles****❶ L’ENFANT** Nom: ……………………………………… Prénom: ……………………………  Garçon  Fille  Date de naissance : ……………………………. | *Coller ici une photo de l’enfant* |

**❷ RESPONSABLE LÉGAL N°1**  Père  Mère  Autre : ………………..………...

 Nom: …………………………………………… Prénom: …………………………………… Email ………………………………………………………………………………..

Adresse: ………...………………………………………………………………………………………….… CP: ………………... Ville: ……..…………………………………………

Tél port. ……………………...………………………. Tél maison ……………………...………………………….. Tél prof ………………………………………………………

Employeur : ……………………………………………………… Lieu de travail : ……………………………………………………….

**La facturation est faite par défaut au responsable N°1. Pour facturer le responsable N°2, merci de cocher cette case : **

**❸ RESPONSABLE LÉGAL N°2**  Père  Mère  Autre : ………………..………...

Nom: …………………………………………… Prénom: …………………………………… Email ………………………………………………………………………………..

Adresse: ………...………………………………………………………………………………………….… CP: ………………... Ville: ……..…………………………………………

Tél port. ……………………...………………………. Tél maison ……………………...………………………….. Tél prof ………………………………………………………

Employeur : ……………………………………………………… Lieu de travail : ……………………………………………………….

**❹ ENFANTS À CHARGE** Nombre : …………………

**❺ RENSEIGNEMENTS CAF**

Caisse d’Allocations Familiales ou MSA ou autres régimes ( à préciser) de : …………………………………………………………………………………..

N° d’allocataire : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**❻ REGIME APPARTENANCE \***

 Régime général  MSA

**\* Rappel : le régime est déterminé en fonction de l’organisme auquel la famille demande ou demanderait pour son enfant les prestations familiales (allocations familiales, complément familial…).**

**E**

**❼ DÉCLARATIONS ET SIGNATURES**

• J'ai pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil et je l’accepte dans son intégralité.

• J’autorise mon enfant à participer aux sorties éventuelles organisées par la structure d’accueil.

• J’autorise la direction de l’accueil de loisirs à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médicales, hospitalisation, intervention chirurgicales) rendues nécessaires par l’état de mon enfant.

• Je m’engage à payer l’intégralité des frais liés à l’accueil de mon enfant à réception du relevé de frais.

• J’autorise la personne habilitée à consulter mon quotient familial sur le site de la Caf.

• Je m’engage à signaler tout changement de situation concernant les informations communiquées dans ce dossier.

 *Rappel des Pièces à joindre au dossier :*

* Copie du **dernier avis d’imposition pour les personnes non allocataiers** ou **attestation de la CAF**  indiquant le quotient familial pour les HORS DEPARTEMENT
* Justificatif de domicile
* Attestation sur l’honneur de lieu de travail

bénéficia

**Fait à :**

**Le :
Nom du signataire:**

**Signature:**



**Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l’accueil de l’enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle est à actualiser en fonction de l’état sanitaire de votre enfant.**

**Fiche sanitaire de liaison**

**❶ L’ENFANT**

Nom : ………………………………...…… Prénom :….……………………………. Date de Naissance: …..…../...……../….……..  Garçon  Fille

**❷ RESPONSABLE DE L’ENFANT**

 Père  Mère  Autre : ………………………… Nom : ……………………………………. Prénom : ……………………………….

Adresse : ……………………………………………………………………………………….. CP : ………………………………. Ville : ……………………………………………….

Parent 1: ………………………….. Tél port. ……………...…………………… Tél maison ……………...…………………… Tél prof …………...………………...……

Parent 2: ………………………….. Tél port. ……………...…………………… Tél maison ……………...…………………… Tél prof …………...………………...……

Numéro de sécurité sociale : ………………………………. Adresse de votre CPAM :………………………………..………………………….……………………...

**❸ VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l’enfant)**

Obligatoire : Fournir la photocopie du carnet de santé avec les vaccins à jours.

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.**

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L’ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**5. RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LEGAUX**

**L’ENFANT A-T-IL LES ALLERGIES:**

**Asthme** OUI NON 

**Médicamenteuses** OUI NON 

**Alimentaires** OUI NON 

**Si autre, préciser ci-contre.**

**INDIQUEZ CI-APRÈS,** les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions a prendre: …………...…………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Coordonnées de l’organisateur de l'activité :

**Ufcv Bourgogne – Franche-Comté**

**29, rue Jean-Baptiste BAUDIN**

**21 000 Dijon**

En tant que responsable légal, j’autorise la direction du centre à faire soigner mon enfant (traitement, hospitalisation) et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité. J’accepte de payer l’intégralité des frais médicaux ou d’hospitalisation éventuels.

Fait à : Nom du signataire: Signature:

Le:

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc… précisez.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………….

**❹ RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L’ENFANT**

**Votre enfant à t’il déjà eu les maladies suivantes :**

**L’enfant suit-il un traitement médical pendant l’accueil ?
OUI NON **

*Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boites de médicaments dans leur emballage d’origine marquées au nom de l’enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Rubéole** OUI 🞏 NON 🞏**Rhumatisme** **articulaire aigu** OUI 🞏 NON 🞏 **Otite** OUI 🞏 NON 🞏**Varicelle** OUI 🞏 NON 🞏 | **Scarlatine** OUI 🞏 NON 🞏**Rougeole** OUI 🞏 NON 🞏**Angine** OUI 🞏 NON 🞏**Coqueluche** OUI 🞏 NON 🞏**Oreillons** OUI 🞏 NON 🞏 |
|  |  |

**Préciser la cause de l’allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Votre enfants à t’il des allergies**

**Asthme** OUI 🞏 NON 🞏 **Médicamenteuses** OUI 🞏 NON 🞏

**Alimentaires** OUI 🞏 NON 🞏

**Si autre, préciser ci-contre :** 

**Indiquez ci-après :** les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre : …………...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**TYPE DE REPAS :** Classique [ ]  Sans viande [ ]  Sans porc [ ]

Coordonnées de l’organisateur de l'activité :

**Ufcv Bourgogne – Franche-Comté**

**29, rue Jean-Baptiste BAUDIN**

**21 000 Dijon**

**❺ RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LÉGAUX**

Votre enfant bénéficie de l’AEEH ? OUI [ ]  NON [ ]

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc… précisez :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

En tant que responsable légal, j’autorise la direction du centre à faire soigner mon enfant (traitement, hospitalisation) et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité. J’accepte de payer l’intégralité des frais médicaux ou d’hospitalisation éventuels.

Fait à : Nom du signataire: Signature:

Le:



**Nom de l’accueil de loisirs :** …………..………………………..……………

**Année scolaire :** …………..………………………..……………………………...

**Fiche d’autorisations**

**❶ L’ENFANT**

Nom: ………………………………...…… Prénom:….……………………………. Date de naissance: …..…../...……../….……..  Garçon  Fille

**❷** **LE RESPONSABLE LÉGAL**

Nom: ………………………………...…… Prénom:….……………………………. Lien avec l’enfant :  Père  Mère  Autre, précisez : ……………………….

**❸** **DROIT À L’IMAGE**

J’autorise l'Ufcv à utiliser l'image de mon enfant, dans tout support de communication (site internet Ufcv, site de la collectivité, brochures, vidéos, support audio, journaux, blog famille, activités du centre, photographie, newsletter) pour une durée indéterminée et à des fins non commerciales en France.

Fait à : Le : Signature:

**❹ AUTORISATION DE SORTIE**

1 - En tant que responsable légal, j’autorise mon enfant à sortir seul du centre Oui [ ]  Non [ ]

2 - En tant que responsable légal, j’autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant aux heures de départ de l’accueil. Ces dernières devront se munir d’une preuve d’identité, ce sans quoi l’enfant ne pourrait pas quitter l’accueil. L’autorisation est valable de la date de signature jusqu’au 31 août de l’année scolaire en cours, sauf si j’indique une date de fin en quatrième colonne du tableau.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM** | **PRÉNOM** | **LIEN AVEC L’ENFANT** | **NUMEROS DE TELEPHONE** |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

Fait à : Le :

Signature: