

 **FICHE DE RENSEIGNEMENTS DU**

 **POLE ENFANCE JEUNESSE « LES CANAILLOUS »**

***Information sur l’enfant***

Nom de l’enfant : …………………………………………………… Prénom : ………………………………………………………………

Date de Naissance : ………………………………………………… Sexe : …………………………………………………………………..

N°de sécurité sociale : …………………………………………….. N°allocataire CAF : ………………………………………………

Régime d’appartenance : ………………………………………………..(sécurité sociale, MSA, Maritime..)

Adresse postale : ……………………………………………………………….... Code postal : …………Ville :………………………

***Situation familiale***

Célibataire Mariés Séparés Divorcés Veuf(ve) Vivant maritalement Pacsés

**Nom du responsable légal : ………………………………………………………………………………………………………………………**

Nom du père : ……………………………………………. Nom de la mère : ………………………………………..

Prénom : ……………………………………………………. Prénom : …………………………………………………….

Profession : ……………………………………………….. Profession : ………………………………………………..

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

Téléphone personnel : …../…../…../…../………. Téléphone portable : …../…../…../…../……….

Téléphone du travail : …../…../…../…../…….. Téléphone du travail : …../…../…../…../……..

Courriel : …………………………………………………… Courriel : ……………………………………………………

***Si les parents sont séparés ou divorcés, merci de nous donner l’extrait de jugement (pour la garde).***

***Qui prévenir en cas d’urgence : si les parents sont injoignables***

Nom et prénom : ……………………………………………………………….. Lien avec cette personne : ………………………….....

Téléphone personnel : …../…../…../…../….. Téléphone professionnel : …../…../…../…../…..

***Renseignements médicaux***

***Médecin traitant :*** *……………………………………………………………………………………………………………………………………..*

*Nom et prénom : .……………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*Téléphone :* …../…../…../…../….. *Ville : ………………………………………….*

**L’enfant suit-il un traitement médical de longue durée ?**

 **OUI NON** Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (il est de la responsabilité des familles de s’assurer de la date de péremption des médicaments).

**Si un traitement médical doit s’interrompre ou survenir en cours d’année**, merci de le signaler à l’équipe d’animation et de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. L’équipe d’animation n’a pas le droit d’administrer des médicaments aux enfants**.

En cas de problème particuliers de santé, prendre conctact avec l’équipe d’animation.

**Attention concernant les maladies chroniques un dossier P.A.I doit être rempli !**

**Allergies ou conviction alimentaire : (précisez si un traitement doit être administré)**

 OUI NON ………………………………………………………………………………………………………………………………

Il est rappelé que le prestataire des repas ne fournit pas de repas spéciaux pour les allergies ou les convictions alimentaires.

**Je soussigné, ………………………………………………………………………………, responsable légal autorise mon enfant dans le cadre de l’ALSH et de l’ALP :**

* À être pris en photographie ou vidéo (pour des animations, articles de presses etc..)

 Oui Non

* À participer à toutes les activités (physiques, sportives, culturelles etc..)

 Oui Non

* À se déplacer, dans le cadre des activités du centre de loisirs (cantine, stade, activité extérieur etc..

 Oui Non

* À concevoir et/ou consommer des préparations culinaires sur place

 Oui Non

*J’atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et l’approuve (téléchargeable sur le site de la commune :* [*www.boujansurlibron.com*](http://www.boujansurlibron.com)*).*

***Personnes autorisées à récupérer mon enfant***

Nom et prénom : ……………………………………………………………….. Lien avec cette personne : ………………………….....

Téléphone personnel : …../…../…../…../….. Téléphone professionnel : …../…../…../…../…..

Nom et prénom : ……………………………………………………………….. Lien avec cette personne : ………………………….....

Téléphone personnel : …../…../…../…../….. Téléphone professionnel : …../…../…../…../…..

Nom et prénom : ……………………………………………………………….. Lien avec cette personne : ………………………….....

Téléphone personnel : …../…../…../…../….. Téléphone professionnel : …../…../…../…../…..

L’enfant ne pourra quitter le centre qu’en présence d’un représentant légal ou d’une personne citée sur la liste ci-dessus et en possession d’une pièce permettant son identification.

Si votre enfant doit fréquenter l’ALSH/ALP, il convient de l’inscrire avant la date limite. Sans inscription de votre part, la structure dégage toute responsabilité si l’enfant n’est pas pris en charge.

Votre enfant doit être remis à un animateur dans l’enceinte du pôle enfance jeunesse les « canaillous ». En cas d’absence veuillez le signaler auprès de l’équipe d’animation.

Je soussigné(e), responsable légal de l’enfant (cité ci-dessous) déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche recto et autorise le responsable de l’Accueil de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésies locale et générale, faire intervenir le médecin traitant et/ou celui attaché à la structure, faire appel aux services d’urgences) rendues nécessaires par l’état de l’enfant.

Ce document est valable durant la totalité de la scolarité de votre enfant au sein de l’école Maternelle.

Je m’engage également à informer l’équipe d’animation si des informations devaient etre modifiées.

Je m’engage à fournir avant le 15 septembre de chaque rentrées scolaires les documents annexes mis à jour (carnet de vaccination + attestation de responsabilité civile)

Fait le …………………………………………………….. À …………………………………………………. Signature du responsable légal

Pôle enfance jeunesse « les canaillous »

04.67.30.07.73

Contact de Mr le directeur

patrick.jf@boujansurlibron.com

Mr Patrick JEAN-FRANCOIS

Directeur du pôle enfance jeunesse les « canaillous »