



# Fiche Individuelle de Renseignements 2020-2021

MERCI DE COMPLETER TOUTES LES INFORMATIONS CONTENUES DANS CETTE FICHE.

Nom, prénom de l'enfant  Né(e) le :

Ecole : ..... Classe .....

REGIME ALIMENTAIRE :  normaux  sans porc  végétarien  AUTRE

Famille : Parentale  Monoparentale  Recomposée  Accueil

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) : .....

## PARENTS DE L'ENFANT

|                          | Mère <input type="checkbox"/> | Belle-mère <input type="checkbox"/> | Responsable <input type="checkbox"/> | Père <input type="checkbox"/> | Beau-père <input type="checkbox"/> | Responsable <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| Nom, Prénom :            |                               |                                     |                                      |                               |                                    |                                      |
| Adresse du domicile :    |                               |                                     |                                      |                               |                                    |                                      |
| Tél. Domicile/Portable : |                               |                                     |                                      |                               |                                    |                                      |
| Tél. Professionnel :     |                               |                                     |                                      |                               |                                    |                                      |
| Courriel :               |                               |                                     |                                      |                               |                                    |                                      |
| Situation familiale :    |                               |                                     |                                      |                               |                                    |                                      |
| Catégorie socioprof. :   |                               |                                     |                                      |                               |                                    |                                      |

## NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

|                          | Mère | Père |
|--------------------------|------|------|
| Nom employeur :          |      |      |
| Adresse de l'employeur : |      |      |
| Téléphone Travail :      |      |      |
| Profession parents :     |      |      |

## COORDONNEES DES PERSONNES (autres que les parents) AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

| Nom/Prénom | Lien de parenté | N°Téléphone | Adresse |
|------------|-----------------|-------------|---------|
|            |                 |             |         |
|            |                 |             |         |
|            |                 |             |         |
|            |                 |             |         |

N° Allocataire C.A.F. : ..... Régime social : .....  
C.A.F. d'appartenance : CAF extérieur  Autre C.A.F. ....

Nom et adresse de facturation : .....

Je souhaite des factures acquittées :  
 périscolaire et mercredis  
 vacances

**Compagnie d'assurance** ..... **N°Téléphone** ..... **N°Contrat** : .....

**Médecin traitant** **Nom** : ..... **Téléphone** .....

**Adresse** : .....

ALLERGIES :

.....  
.....

Dans le cadre des allergies alimentaires ou problèmes de santé de l'enfant, un PAI est-il mis en place?

o OUI , merci de nous transmettre le protocole, ainsi que les médicaments (attention à la date de péremption) dans une trousse à pharmacie au nom de l'enfant

o NON, merci de remplir la décharge ci-dessous :

Je soussigné( e ) .....responsable légal de l'enfant atteste que celui-ci, bien que souffrant d'allergies alimentaires, n'a pas besoin d'un PAI, et que par conséquent, en cas d'incident relatif à cette allergie, le personnel des Francas de MATHAY ne sera pas jugé responsable.

**ATTENTION en dehors des PAI, nous ne pouvons pas donner de médicaments aux enfants.**

**Recommandations des parents** : .....

**L'enfant sait-il nager ?**    OUI     NON     **Piscine autorisée :**    OUI     NON

Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives.

OUI     NON

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...)

OUI     NON

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités

OUI     NON

Ayant pris connaissance des conditions de fonctionnement du centre de loisirs et/ou de la MDJ, je soussigné \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant,

1/ autorise mon enfant à participer TOUTES LES ACTIVITES proposées par les organisateurs des accueils.

2/ certifie exact les renseignements portés sur cette fiche.

3/ Décharge les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir avant ou après les heures de fonctionnement.

4/ Autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.

5/ Dégage l'association LES FRANCAS DU DOUBS de toute responsabilité en cas de vol ou de perte d'objets personnels (vêtements; bijoux, portables.....)

**Fait à** ..... , **le** ..... **Signature** :