

## Actes médicaux

J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant. En cas de nécessité, le service de secours conduira l'enfant au service des urgences le plus proche.

## Sorties en groupe

J'autorise mon enfant à participer aux sorties mises en place par l'équipe d'animation.

## Autorisation de sortie

J'autorise mon enfant à rentrer seul  Oui  Non

Les personnes suivantes sont autorisées à venir chercher mon enfant :

NOM : ..... Prénom : ..... Tél. : .....

NOM : ..... Prénom : ..... Tél. : .....

NOM : ..... Prénom : ..... Tél. : .....

## Droit à l'image

J'autorise la communauté d'Agglomération du Bocage Bressuirais à photographier et à filmer mon enfant dans le cadre d'animations ou de la réalisation de supports de communication édités par le bénéficiaire. J'accepte l'utilisation, l'exploitation et la reproduction de son image, sur quelque support que ce soit, à destination du bénéficiaire et de ses partenaires.

La présente autorisation est donnée pour tous les domaines d'exploitation tant qu'ils viseront à valoriser le service dans le respect de la préservation de la réputation et de la vie privée de mon enfant.

Je souhaite que l'image de mon enfant ne soit utilisée que dans le cadre d'animations

Je souhaite que l'image de mon enfant ne soit utilisée sur aucun supports

## Abonnement à la lettre d'information électronique

J'accepte de recevoir l'actualité générale et l'actualité à destination des familles de l'Agglomération du Bocage Bressuirais.

Je ne souhaite recevoir que l'actualité des familles

Je ne souhaite pas recevoir de lettre d'information électronique

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et m'engage à communiquer sans délai tout changement concernant cet imprimé. Je m'engage également à respecter le règlement intérieur des accueils de loisirs et périscolaires.

Fait le .... / .... / ..... A .....

Signature du représentant légal :

Agglomération du Bocage Bressuirais

Pôle social et service à la personne

2 place du Millénaire - BP 90184

79304 Bressuire Cedex

05 49 81 75 75 - social@agglo2b.fr

Antenne de Moncoutant : 05 49 72 02 44 - enfance@agglo2b.fr



Conception : Agglomération du Bocage Bressuirais - avril 2018

# Service Enfance 3 - 17 ans



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2018 - 2019

NOM de l'enfant : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .... / .... / .....  fille  garçon

Commune de résidence : .....

### EN CAS D'URGENCE

Personne à contacter : .....

Tél. : .....

### Inscription

à l'accueil de loisirs de : .....

### Documents à fournir

- Photocopie du carnet de vaccination
- Copie de l'attestation de la Carte Vitale
- Bons MSA signés avec l'attestation QF (pour les allocataires MSA)
- En cas de participation à une activité nautique (hors piscine) : le brevet de natation 25m ou le test d'aisance aquatique.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le service enfance pour établir les formalités d'inscription, de facturation et de suivi. Elles peuvent être utilisées pour l'envoi des programmes d'activités ou d'informations liées aux accueils de loisirs. Elles sont conservées pendant quatre ans suivant votre dernière inscription et sont destinées au service administratif du service enfance.

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en envoyant un courriel à dpd@agglo2b.fr

## INFORMATIONS GENERALES

### Coordonnées des représentants légaux

|                  | Père  | Mère  |
|------------------|-------|-------|
| NOM :            | ..... | ..... |
| Prénom :         | ..... | ..... |
| Adresse :        | ..... | ..... |
| CP :             | ..... | ..... |
| VILLE :          | ..... | ..... |
| Né(e) le :       | ..... | ..... |
| Profession :     | ..... | ..... |
| Employeur :      | ..... | ..... |
| Tél. personnel : | ..... | ..... |
| Courriel :       | ..... | ..... |

### Responsable de l'enfant si différent des représentants légaux

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél. personnel : .....

Courriel : .....

### Fratie

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .../.../...

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .../.../...

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .../.../...

### Informations complémentaires

.....

.....

.....

.....

### Allocataire

CAF n° .....

Autorise à consulter le Quotient Familial sur CAF Pro  Oui  Non

MSA (fournir les bons MSA et l'attestation QF)

### Facturation

Adresse de facturation :  Père  Mère  Responsable de l'enfant

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**NOM de l'enfant :** .....

**Prénom :** .....

Responsable légal

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

CP - VILLE : .....

Tél. domicile : .....

Tél. portable : .....

Tél. bureau : .....

### Vaccinations

Fournir la copie du carnet de vaccination (carnet de santé).  
Si l'enfant n'a pas ses vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. (Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication)

### Renseignements médicaux

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (cocher la/les cases correspondantes)

- |                                 |                                       |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Rubéole   | <input type="radio"/> Rhumatisme aigu | <input type="radio"/> Otite     |
| <input type="radio"/> Varicelle | <input type="radio"/> Scarlatine      | <input type="radio"/> Rougeole  |
| <input type="radio"/> Angine    | <input type="radio"/> Coqueluche      | <input type="radio"/> Oreillons |

L'enfant présente-t-il une allergie ? (cocher la/les cases correspondantes)

- Asthme  Alimentaire  Médicamenteuse  Autre

Préciser la conduite à tenir : .....

.....

L'enfant a-t-il un projet d'accueil individualisé à l'école (PAI) ?  
 Oui  Non

Indiquez les autres difficultés de santé en précisant les dates :

(maladie, accident, opération, hospitalisation, crise convulsive)

.../.../..... : .....

.../.../..... : .....

.../.../..... : .....

**Recommandations utiles** (Lentilles, lunettes, prothèse auditive, prothèse dentaire ...)

.....

.....

### Médecin traitant

NOM : .....

Commune : ..... Tél. : .....

**N° de sécurité sociale :** .....

Fournir la copie de l'attestation de la Carte Vitale concernant l'enfant.