**ENFANT** Garçon Fille Né(e) le :

Photo de l’enfant obligatoire

Nom : Prénom :

**Responsable 1 ET Payeur**

Nom : Prénom :

Parenté avec l’enfant: Tel domicile :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tel bureau : Tel portable :

Employeur : Ville de l’emploi :

**Régime d’appartenance** (informations obligatoires)

Régime général (Caf) Régime agricole (Msa)

Numéro d’allocataire :

Uniquement si le responsable payeur est affilié à la Caisse d'Allocations Familiales, j’autorise l’organisateur à consulter mon quotient familial du mois de janvier sur le site Mon compte-Partenaire réservé aux professionnels :

OUI NON

**Responsable 2** (n’inscrire que les informations différentes du responsable 1)

Nom : Prénom :

Parenté avec l’enfant: Tel domicile :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tel bureau : Tel portable :

Employeur : Ville de l’emploi :

**SI PAYEUR AUTRE QUE LES RESPONSABLES**

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

**DÉLÉGATIONS** (un délégataire minimum obligatoire)

Merci d’avertir les personnes à qui vous donnez une délégation qu’elles sont autorisées à récupérer l’enfant et à être averties par l’organisateur en cas d’urgence (si les responsables sont injoignables).

Nom : Prénom :

Parenté avec l’enfant: Tel domicile :

Tel bureau : Tel portable :

Nom : Prénom :

Parenté avec l’enfant: Tel domicile :

Tel bureau : Tel portable :

Nom : Prénom :

Parenté avec l’enfant: Tel domicile :

Tel bureau : Tel portable :

**COMMUNICATION**

Je souhaite recevoir les informations relatives au Service Enfance Jeunesse, dont les programmes des vacances et des mercredis, par :(cochez la case de votre choix)

Mail Dans ce cas, adresse mail indispensable :

(Si vous ne recevez aucun message, n’hésitez pas à téléphoner au 02-28-13-07-00)

Le site Internet[www.fontenayvendee.fr](http://www.fontenayvendee.fr)(par moi-même donc)

**DOCUMENTS À RENDRE OBLIGATOIREMENT AVANT L’ACCUEIL**

Cette fiche de renseignements complétée

La copie des vaccins à jour

La fiche d’inscription de la période d’accueil

L'attestation de quotient familial du mois de janvier 2019

Ou bien, si l’attestation de quotient ne peut être fournie, la dernière attestation d’imposition et les justificatifs de prestations familiales mensuelles.

Pour les tarifs « habitants du Pays de Fontenay-Vendée », joindre un justificatif de l’employeur si le payeur réside hors du territoire mais y travaille, ou une attestation scolaire si le payeur réside hors du territoire mais dont l’enfant fréquente un établissement scolaire au sein du Pays de Fontenay-Vendée ou un justificatif de domicile du responsable payeur s’il est concerné par le plein tarif.

**santéJoindre obligatoirement la copie des vaccinations obligatoires à jour**

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

Allergies alimentaires, médicamenteuses, autres (si oui, préciser laquelle et la conduite à tenir) :

Antécédents médicaux à signaler (si oui, préciser les dates):

Difficultés de santé actuelles et traitement en cours (hors maladies contagieuse comme les angines) (si oui, joindre l’ordonnance, le protocole à suivre, et les médicaments dans leur emballage d’origine, le tout dans une boîte marquée au nom de l’enfant) :

Appareillage (dentaire, lunettes, etc) :

Y a-t-il un PAI (Projet d’Accueil Individualisé) avec l’établissement scolaire de l’enfant ?

OUI NON

Si oui, pour permettre un bon accueil de votre enfant, il sera nécessaire de tenir le personnel de l’accueil de Loisirs informé.

Autres remarques, précautions à prendre, dont vous souhaitez faire part à l’équipe d’animation:

**ATTESTATION À REMPLIR PAR LE DIRECTEUR SI NÉCESSAIRE**

Nom et Coordonnées de l’organisateur :

Nom et prénom du directeur de l’accueil de Loisirs :

Observations :

**AUTORISATIONS**

-J’autorise mon enfant à rentrer seul à la fin de la journée d’accueil :

OUI, à quelle heure ? NON

-J’autorise mon enfant à voyager en voiture individuelle ou en transport en commun si la situation se présente (sortie au cinéma par exemple) :

OUI NON(attention lors des inscriptions au programme d’activités pour les journées de sortie, n’hésitez pas à en parler avec l’équipe)

-J’autorise l’organisateur à utiliser des images où l’on reconnaît mon enfant en vue de constituer des documents de communication (fiches d’inscription, le bulletin, le site Internet par exemples) :

OUI NON

**HOSPITALISATION D’URGENCE (obligatoire et demandée par le personnel hospitalier)**

Je soussigné (e)

responsable légal de l’enfant :

déclare accepter toute intervention prise en charge par l’hôpital en cas d’urgence et par les services de transport d’urgence (pompiers, samu, etc.)

Mention manuscrite« Lu et approuvé » : Date :

Signature :

**CERTIFICATS**

Je soussigné (e),

responsable légal de l’enfant

déclare**·** **exacts les renseignements portés sur cette fiche de renseignements,**

**· accepter après avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils de Loisirs jointsà cette fiche de renseignements et du fonctionnement de l’accueil de loisirs où j’inscris mon enfant.**

Mention manuscrite « Lu et approuvé » : Date :

Signature :