



## FICHE ENFANT 2018 - 2019 ACCUEIL DE LOISIRS - LUDOTHEQUE - ACTIVITÉS

### Renseignements concernant l'Enfant

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Garçon  Fille   
Ecole fréquentée : ..... Classe : .....  
Activité(s) pratiquée(s) au 285 : .....

### Renseignements concernant la Famille

**Numéro d'allocataire (Caisse d'Allocation Familiales) :** .....

**Régime :** Général ou Fonction Publique  Maritime  Particulier (MSA, SNCF, RTM)

**Numéro de sécurité sociale :** .....

#### **Parent(s) ou responsable(s) de l'enfant :**


Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Code Postal : .....	Code Postal : .....
Ville : .....	Ville : .....
Tel. domicile : .....	Tel. domicile : .....
Tel. portable : .....	Tel. portable : .....
Tel. bureau : .....	Tel. bureau : .....
Courriel : .....	Courriel : .....
Profession : .....	Profession : .....


#### **Situation de famille :**


Célibataire  Marié(e)  Pacs  Union libre  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Séparé(e)

Nombre d'enfants : .....

#### **Autorisations parentales :** autres personnes à contacter ou autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom-Prénom : .....  .....

Nom-Prénom : .....  .....

Nom-Prénom : .....  .....

**Autorise mon enfant à partir seul :** OUI  NON

**Baignade autorisée (Accueil de Loisirs) :** OUI  NON

**Autorise la diffusion de photos concernant mon enfant sur le site Internet ou sur les tracts internes du Centre :** OUI  NON

**Autorise mon enfant à participer aux sorties proposées par la Ludothèque :** OUI  NON

*(sous réserve d'y être inscrit dans le cadre du périscolaire)*

Photo de l'enfant



## Renseignements médicaux concernant l'Enfant

**Vaccinations** : le tableau ci-dessous doit être accompagné des copies des pages de vaccinations du carnet de santé sans omettre de mentionner le nom et le prénom de l'enfant.

Vaccins obligatoires*	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		R.O.R	
		Hépatite B	
		Autres	

\*Rappel tous les 5 ans pour les vaccins obligatoires pour les mineurs jusqu'à 13 ans.

Poids de l'enfant : .....

**Votre enfant présente-t-il des troubles de la santé ?**

- |                             |   |                         |
|-----------------------------|---|-------------------------|
| Allergies alimentaires :    | NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | Préciser à quoi : ..... |
| Allergies médicamenteuses : | NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | Préciser à quoi : ..... |
| Autres allergies :          | NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | Préciser à quoi : ..... |
| Asthme :                    | NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> |                         |
| Diabète :                   | NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> |                         |
| Epilepsie :                 | NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> |                         |
| Autres :                    | NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | Préciser : .....        |

**Votre enfant suit-il un traitement médical régulier ?** NON  OUI

Si oui, prendre contact avec le responsable de l'Accueil de Loisirs pour la mise en place d'un éventuel PAI (projet d'accueil individualisé). Les modalités de mise en place de ce protocole seront à discuter avec le responsable.

**Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence ?** NON  OUI

Si oui, prendre contact avec le responsable de l'Accueil de Loisirs pour la mise en place d'un éventuel PAI

**Autres difficultés de santé et précautions à prendre** (suivi spécialisé, handicap moteur, troubles du comportement, antécédents d'accidents, d'opération...) : NON  OUI

Si oui, prendre contact avec le responsable de l'Accueil de Loisirs pour la mise en place d'un éventuel PAI

.....  
 .....

**Recommandations utiles concernant l'enfant** (l'enfant a-t-il un régime alimentaire particulier, porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ?) : .....

.....

**Nom et téléphone du médecin traitant** : .....

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Accueil de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant, atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et en approuver les modalités.

A Marseille, le .....

Signature des parents ou du responsable

*précédée de la mention « lu et approuvé »*

(cocher la case correspondante)

Père :

Mère :

Tuteur légal :