



FICHE SANITAIRE ET D'ADHESION

Année en cours : 20../20..

Un dossier unique pour tous les services de l'association. Merci de cocher le ou les services que vous utiliserez. Remplir une « fiche famille » par famille et une « fiche enfant » par enfant.

RESTAURANT SCOLAIRE ACCUEIL DE LOISIRS ACCUEIL PERISCOLAIRE

FICHE ENFANT :

NOM : PRENOM :

Né(e) le : A :

Ecole : Classe : Enseignant :

FREQUENTATION AU RESTAURANT SCOLAIRE

Régulière : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Occasionnel Planning (à confirmer sur le « portail famille)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Vaccins obligatoires :

DT POLIO (date 1^{ère} injection) :

DT POLIO (dernier rappel) :

ROR (Rougeole-Oreillons-Rubéole) :

(Vous pouvez aussi joindre la copie du carnet de santé)

Recommandations particulières, concernant votre enfant (handicap, allergie, régime alimentaire spécifiques...) Merci de fournir certificat médical ou PAI :

.....
.....
.....
.....
.....

Vous pouvez rencontrer la directrice ci-nécessaire

AUTORISATIONS

Madame, Monsieur..... père, mère ou tuteur légal autorise l'enfant :..... à :

Etre photographié, filmé et éventuellement publié dans les bulletins communaux, journaux ou site de l'association

Uniquement Accueil de loisirs ou Accueil Périscolaire :

Participer aux sorties extérieures organisées par l'accueil de loisirs

Voyager dans le cadre des activités de loisirs en voiture ou en car

A effectuer un trajet à bord du véhicule d'un animateur ou d'un parent bénévole

Mon enfant : sait nager ne sait pas nager

Repartir seul (plus de 7 ans)

Autorise Mme ou Mr.....(personne majeure) à venir chercher mon enfant

Je soussigné(e) Mr ou Mme.....

avoir pris connaissance des règlements de l'accueil périscolaire, accueil de loisirs et restaurant scolaire.

Fait à Le

Signature :

MERCI DE REMPLIR TOUS LES RENSEIGNEMENTS DEMANDES SANS EXCEPTION

Association Anim'En Folie
Maison de l'enfance
Espace Saint Hubert
49660 TORFOU
periscolaire.torfou@orange.fr
<http://animenfolie-torfou.jimdo.fr>
02 41 64 10 67

FICHE FAMILLE :

RENSEIGNEMENTS GENERAUX DE LA FAMILLE

<u>TUTEUR LEGAL</u>	<u>CONJOINT</u>
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Né le :	Né le :
Employeur :	Employeur :
Profession :	Profession :
Tel travail :	Tel travail :
Situation familiale :	Situation familiale :
N° S.S :	N° S.S :

Adresse :

CP :Ville :Tel fixe :

Tel portable 1 :Tel portable 2 :

E-mail (obligatoire) :

Médecin :Tel :

Mutuelle :Numéro d'assuré :

Assurance responsabilité civile :Numéro d'assuré :

REGIME ALLOCATAIRE DE LA FAMILLE

Régime allocataire : CAF MSA

Numéro allocataire : Quotient Familial :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM PRENOM	MAISON	PORTABLE	TRAVAIL