

FICHE RENSEIGNEMENTS / SANITAIRE / AUTORISATIONS

ACM VARENGEVILLE-SUR-MER - 2023/2024

Restaurant scolaire
 Périscolaire
 Centre de loisirs (6-11 ans)
 Espace jeunes (11-15 ans)

Nom : _____ **Prénom :** _____
Date de Naissance : _____ **A :** _____
Adresse : _____

Varengévillais

Scolarisé au Groupe Scolaire Jean Lecanuet - Classe :

Petit-enfant – Noms et prénom des Grands Parents :

Extérieur - Commune :

CAF SEINE MARITIME 76

Numéro Allocataire CAF : _____ Département : _____ BENEFCIAIRE DES BONS TEMPS LIBRES CAF : oui non
 A fournir : Attestation CAF avec quotient familial de moins de 3 mois si vous résidez dans un autre département

RESPONSABLE LEGAL

RESPONSABLE 1 ADRESSE ACTURATION		Responsable 2	
Nom :	Prénom :	Nom :	Prénom :
Profession :		Profession :	
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)		Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	
Date de naissance :		Date de naissance :	
Lieu de naissance :		Lieu de naissance :	
Type :		Type :	
Adresse :		Adresse :	
Email :		Email :	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Tél. Pro. :		Tél. Pro. :	
PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE		Nom et prénom / téléphone :	

FICHE RENSEIGNEMENTS / SANITAIRE / AUTORISATIONS

ACM VARENGEVILLE-SUR-MER - 2023/2024

Restaurant scolaire Périscolaire Centre de loisirs (6-11 ans) Espace jeunes (11-15 ans)

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX / conduites à tenir
Copie des vaccins à jour à fournir
Traitements médicaux : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (si prise de médicament durant l'accueil, une ordonnance de moins de 3 mois est obligatoire)
Handicapé : Votre enfant a t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Allergie : Votre enfant a t-il une ou plusieurs allergies ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Régime alimentaire spécifique : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
AUTRES :

Nous soussignés _____

responsables légaux de l'enfant _____

- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Date :
Signature :