VILLE DE CACHAN

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ACCUEIL DE LOISIRS 2023-2024

(Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination)

Ecole : _____ **Classe :** _____

ENFANT

NOM :_____ **Sexe :** **M** ☐ **F** ☐

Prénom(s) : _____/_____/ _____

Né(e) le : …. / …. / …….. **Lieu de naissance** (commune et département) : _____

Adresse : _____

Code postal :_____**Commune :** _____

RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal 1 **Nom de naissance :** _____ **Autorité parentale :** **Oui** ☐ **Non** ☐

NOM marital (nom d'usage) : _____ **Prénom :**_____

Adresse : _____
(si différente de celle de l'enfant)

Code postal :_____ Commune : _____

Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu de travail : _____

Courriel :_____@_____

Responsable légal 2 **Nom de naissance :** _____ **Autorité parentale :** **Oui** ☐ **Non** ☐

NOM marital (nom d'usage) : _____ **Prénom** :_____

Adresse : _____
(si différente de celle de l'enfant)

Code postal :_____ Commune : _____

Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu de travail : _____

Courriel :_____@_____

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : Oui ☐ Non ☐ Individuelle Accident : Oui ☐ Non ☐

Compagnie d'assurance : _____ Numéro de police d'assurance : _____

Adresse compagnie d'assurance : _____

VACCINATIONS DE L'ENFANT (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS	oui	non	Dates des derniers rappels	VACCINS	oui	non	Dates des derniers rappels
Diphtérie				Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Tétanos				BCG			
Poliomyélite				l'Haemophilus			
Ou DT polio				Méningocoque			
Ou Tétracoq				Autres (préciser)			
Hépatite B							
Coqueluche							

AUTRES PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE

NOM :_____ **Prénom** : _____ ❒ À appeler en cas d'urgence (maladie ou accident)

Lien avec l'enfant : _____ ❒ Autorisé à prendre l'enfant

Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu d'habitation : _____

NOM :_____ **Prénom** : _____ ❒ À appeler en cas d'urgence (maladie ou accident)

Lien avec l'enfant : _____ ❒ Autorisé à prendre l'enfant

Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu d'habitation : _____

NOM :_____ **Prénom** : _____ ❒ À appeler en cas d'urgence (maladie ou accident)

Lien avec l'enfant : _____ ❒ Autorisé à prendre l'enfant

Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu d'habitation : _____

AUTORISATIONS (à remplir par les deux parents en cas d'adresses différentes)

	OUI	NON
En cas de maladie ou d'accident de l'élève survenant à l'ALSH durant les activités périscolaires ou extrascolaires qui se déroulent hors des locaux, j'autorise les animateurs à prendre toutes mesures d'urgence. La famille sera immédiatement informée.		
J'autorise mon enfant **uniquement en élémentaire** à repartir seul **après l'accueil de loisirs**.		

Dans le cadre d'activités pédagogiques, je donne mon accord pour la diffusion :	OUI	NON
De photographies de mon enfant		
De photos de groupe		
De publication dans un ouvrage, journal		
Sur le site web désigné : École ou Ville de Cachan		
Dans le cadre d'exposition		

PAI (Projet d'Accueil Individualisé)		
Repas sans porc		

Nous nous engageons à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date : **Signature du Responsable légal 1 :** **Signature du Responsable légal 2 :**

Les données renseignées sur cette fiche seront prises en compte par le directeur d'accueil de loisirs. La maire de la commune est également destinataire de ces données.