



Accueil de Loisirs de Belle-Île-en-Mer  
**Fiche de renseignements**  
Année 2017-2018



<b>Nom de l'enfant :</b> _____	<b>Prénom de l'enfant :</b> _____
<b>Adresse :</b> _____ _____ _____	<b>Sexe :</b> _____ <b>Age :</b> _____ <b>Né(e) le :</b> _____ / _____ / _____
<b>Numéro de sécurité sociale :</b> _____	<b>Numéro de carte insulaire :</b> _____

<b>Régime Obligatoire</b> (MSA, CAF, Régime maritime etc.....)	<b>Situation financière</b>
<b>Régime allocataire :</b> _____ <b>N° allocataire :</b> _____ <b>Adresse de votre caisse :</b> _____ _____	<b>Nb d'enfants à charges :</b> _____ <b>Nb de parts :</b> _____ <b>Quotient familial :</b> _____ <b>Date d'effet :</b> _____ / _____ / _____

<b>Personnes autorisées à venir chercher l'enfant</b>			
<b>Nom-prénom</b>	<b>Téléphone(1)</b>	<b>Téléphone (2)</b>	<b>Lien de parenté</b>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

<b>Parent 1</b>	<b>Parent 2</b>
<b>Nom :</b> _____	<b>Nom :</b> _____
<b>Prénom :</b> _____	<b>Prénom :</b> _____
<b>Tél. portable :</b> _____	<b>Tél. portable :</b> _____
<b>Tél. Professionnel :</b> _____	<b>Tél. professionnel :</b> _____
<b>Adresse :</b> _____ _____	<b>Adresse :</b> _____ _____
<b>Adresse mail :</b> _____	<b>Adresse mail :</b> _____

Je soussigné(e) Madame, Monsieur .....

Père

Mère

Tuteur Légal

Autorise l'Accueil de Loisirs de Belle Ile en Mer à :

	OUI	NON
Ce que mon enfant participe aux activités sportives et culturelles proposées		
Présenter mon enfant au médecin désigné ou si celui-ci était indisponible à tout autre médecin		
A prendre toutes les dispositions jugées utiles en cas d'accident ou de maladie, pour faire soigner mon enfant et à le faire hospitaliser en cas d'urgences		
Photographier mon enfant dans le cadre des activités du centre et en autorise la diffusion		
Consulter mon quotient Caf sur le site de CAF Pro		
Mon enfant à rentrer seul à mon domicile		

## Urgences Médicales

Médecin traitant : ..... Tel : .....

En cas d'urgence, je demande à contacter prioritairement :  Père  Mère  Tuteur

Si nous ne parvenons pas à vous joindre, vous souhaitez que nous prévenions :

	Nom-prénom	Numéro de téléphone	Lien avec l'enfant
1	_____ _____	Portable : ..... Autre : .....	_____
2	_____ _____	Portable : ..... Autre : .....	_____
3	_____ _____	Portable : ..... Autre : .....	_____

### **DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT :**

- ✓ Les fiches de renseignements, d'autorisations et médicales
- ✓ La copie du carnet de vaccination
- ✓ Attestation de la CAF ou autre indiquant le montant de votre quotient familial
- ✓ Le règlement intérieur signé
- ✓ La copie de la carte insulaire

Fait à ....., le...../...../.....

Signature des responsables légaux.



### Renseignements

Nom de l'enfant : _____	Prénom de l'enfant : _____
Groupe sanguin : _____ Nationalité : _____	Sexe : _____ Age : _____ Né(e) le : _____ / _____ / _____

### Régime alimentaire

Aucun  Sans porc  Sans poisson  Végétarien  P.A.I  Autre

Précisions :

### Renseignements Médicaux concernant l'Enfant : a-t-il déjà eu

La Rubéole : OUI / NON

La Varicelle : OUI / NON

Des Angines : OUI / NON

Des Rhumatismes : OUI / NON

La Scarlatine : OUI / NON

La Coqueluche : OUI / NON

Des Otites : OUI / NON

La Rougeole : OUI / NON

Les Oreillons : OUI / NON

### Allergies

Alimentaire  Asthme  Médicamenteuse  Autre

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

### Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte des lunettes, prothèses auditives ou dentaire etc....

### Difficultés de santé

Précisez les difficultés de santé (maladies, accidents, crises.....) en précisant les dates et les précautions à prendre :

Je, soussigné(e),....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements, médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_, Signature des responsables légaux,