



# FICHE DE RENSEIGNEMENT « LA RUCHE »



Nom :  Prénom :

Sexe :  Garçon  Fille

Date de naissance :  Âge :

Classe (en septembre 2020):

Régime alimentaire :  sans porc

## Accompagnants :

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant à l'accueil :

Nom	Prénom	Lien de parenté	N° Téléphone

## RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Particularités :  lunettes  appareil dentaire

Médecin traitant :

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé (allergie médicamenteuse, alimentaire, asthme)

**Allergie alimentaire, asthme , ... : Fournir un P.A.I. (Protocole d'Accueil Individualisé )**

Autorise mon enfant à participer aux différentes activités organisées par l'accueil de loisirs

Autorise, en cas d'urgence, le responsable de l'accueil à prendre toutes les mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant et suivant les prescriptions du médecin choisi par l'accueil.

Déclare avoir pris connaissance de l'utilité de souscrire à un contrat d'assurance couvrant les activités extra-scolaires.

Autorise,  N'autorise pas l'accueil à prendre mon enfant en photo

Autorise,  N'autorise pas mon enfant à rentrer seul à la fermeture de l'accueil

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et l'approuve:

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ SIGNATURE du responsable légal



## FICHE RESPONSABLES LEGAUX

Statut :  Père  Mère  Tuteur  Autre :

Nom :

Prénom :

Situation :  Marié(e)  Vie maritale  Divorcé(e)  Séparé (e)  Célibataire  Veuf(ve)

Adresse :

Tél Domicile :

Portable :

Profession :

Employeur :

Régime de Sécurité sociale :  CPAM  MSA  Autre :

N°allocataire CAF :

Statut :  Père  Mère  Tuteur  Autre :

Nom :

Prénom :

Situation :  Marié(e)  Vie maritale  Divorcé(e)  Séparé (e)  Célibataire  Veuf(ve)

Adresse :

Tél Domicile :

Portable :

Profession :

Employeur :

Régime de Sécurité sociale :  CPAM  MSA  Autre :

N°allocataire CAF :

**Réservé à l'administration :**

Code Gestion :

<b>Qf (Septembre à Décembre) :</b>		<b>Qf (Janvier à Août) :</b>	
	<b>Consulté le :</b>		<b>Consulté le :</b>

### Pièces à fournir obligatoirement :

- Photocopie vaccin DTPolio
- Photocopie de l'attestation carte vitale
- Assurance extrascolaire
- Attestation de quotient familial pour les ressortissants MSA

Autorise, les salariés habilités de la commune à consulter directement mon quotient familial sur CDAP, le site dédié aux professionnels, grâce à mon N°Allocataire et tant que mon enfant fréquente les accueils.

N'autorise pas : je fournis mon avis d'imposition N-2 (Année 2017 pour Septembre à Décembre et Année 2018 pour Janvier à Août)

Le ...../...../.....

Signature de l'allocataire

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous rappelons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations.