



## Dossier Famille à Compléter

Date : .....

### Famille

Civilité : ..... Nom de Famille : .....

Adresse : .....

.....

.....

Situation Familiale : .....

Revenus : Mensuels : ..... Annuels : ..... Liste Rouge :

Fixe 1 : ..... Fixe 2 : .....  Oui  Non

Mobile 1 : ..... Mobile 2 : .....  Oui  Non

Fax. 1 : ..... Fax. 2 : .....  Oui  Non

@Mail : .....

Régime : ..... Nbr. total d'enfants : ..... Nbr. d'enfants à charge : .....

N Allocataire : .....

### Père ou Responsable 1

Autorité Parentale:  Oui  Non

Nom/Prénom : .....

Né le: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à ..... Dept. .... Nationalité : .....

Adresse : .....

.....

Profession : .....

Adresse

Pro. : .....

.....

Revenus : Mensuels : ..... Annuels : ..... Liste Rouge :

Fixe 1 : ..... Fixe 2 : .....  Oui  Non

Mobile 1 : ..... Mobile 2 : .....  Oui  Non

Fax. 1 : ..... Fax. 2 : .....  Oui  Non

@Mail : .....



## Dossier Famille à Compléter

Mère ou Responsable 2

Autorité Parentale:

Oui

Non

Nom/Prénom : .....

Né le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à ..... Dept. .... Nationalité : .....

Adresse : .....

Profession : .....

Adresse .....

Pro. : .....

Revenus :      Mensuels : .....      Annuels : .....

Liste Rouge :

Fixe 1 : .....      Fixe 2 : .....       Oui     Non

Mobile 1 : .....      Mobile 2 : .....       Oui     Non

Fax. 1 : .....      Fax. 2 : .....       Oui     Non

@Mail : .....



## Dossier Famille à Compléter

### Enfant 1

Nom : .....

Sexe :  Garçon

Prénom(s) : .....

Fille

Date de naissance ...../...../..... Age de l'enfant :

#### Planning de l'enfant

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Péris.matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après-Midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Péris. soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horaires Atypiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____
Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____

#### Médecin traitant :

Nom /Prénom : .....

Téléphone : .....

#### Allergie(s) :

#### Régime Alimentaire :

#### Antécédents médicaux :

#### Maladie :



## Dossier Famille à Compléter

### Enfant 2

Nom : .....

Sexe :  Garçon

Prénom(s) : .....

Fille

Date de naissance ...../...../..... Age de l'enfant :

#### Planning de l'enfant

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Péris.matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après-Midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Péris. soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horaires Atypiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____
Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____

#### Médecin traitant :

Nom /Prénom : .....

Téléphone : .....

#### Allergie(s) :

#### Régime Alimentaire :

#### Antécédents médicaux :

#### Maladie :



ACCUEIL PERISCOLAIRE  
ACCUEIL DE LOISIRS LA FERME A JULIEN  
RUE DE CHEDEVILLE

86530 NAINTRE  
Tel : 05 49 90 02 27  
alsh@naintre.fr

## Fiche des autorisations à compléter

Enfant : .....

Responsable 1 : .....

Responsable 2 : .....

## AUTORISATIONS AUX SOINS

(\* ) Rayer les mentions non autorisées

Nous soussignés :

AUTORISE(NT) le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant :

- Transfert en pédiatrie
- Transfert aux urgences

DECHARGE(NT) la direction de la structure de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.

AUTORISE(NT) l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.

Les personnes ci-dessus mentionnées devant être prévenues dans les plus brefs délais.

DEMANDE(NT) au personnel de la structure :

- En cas de maladie de mon enfant, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance.
- En cas de fièvre , d'administrer sous ma responsabilité, les antipyrétiques selon les prescriptions du médecin de la structure ou du médecin traitant.
- D'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité
- D'administrer des granules ou crèmes homéopathiques en cas de chutes.

CERTIFIE(NT) n'avoir rajouté aucune substance aux médicaments prescrits à notre enfant pendant toute la durée du contrat d'accueil et que ces médicaments ont été reconstitués selon la notice d'emploi.

A \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

mention "Lu et Approuvé"  
Signature des parents

## AUTORISATION DE FILMER / PHOTOGRAPHER

(\* ) Rayer les mentions non autorisées

Nous soussignés :

AUTORISE(NT) que mon enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par :

- La Structure elle-même (journal interne, ...)
- Le Service Communication de la ville ou de la communauté de communes.
- La Presse
- Le Site Internet, CD-ROM et autres supports informatiques de la structure
- Les Stagiaires dans le cadre de leurs rapports de stage

CERTIFIE(NT) que si je reçois/nous recevons les photos ou les films, à ne pas les utiliser à d'autres usages qu'un usage familial.

A \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

mention "Lu et Approuvé"  
Signature des parents

## AUTORISATION DE CONSULTATION DU SITE CDAP

Nous soussignés :

AUTORISE(NT) la direction à consulter et à conserver notre dossier allocation CDAP, afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des participations des ressources financières.

A \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

mention "Lu et Approuvé"  
Signature des parents

## AUTORISATION DE SORTIE

Nous soussignés :

AUTORISE(NT) mon enfant à participer à des sorties organisées par la structure.

A \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

mention "Lu et Approuvé"  
Signature des parents

## AUTORISATION DE TRANSPORT EN COMMUN

Nous soussignés :

AUTORISE(NT) mon enfant à prendre un moyen de transport en commun à des fins de sorties pédagogiques.

A \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

mention "Lu et Approuvé"  
Signature des parents

## AUTORISATION DE PRATIQUE DES ACTIVITES AQUATIQUES

Nous soussignés :

AUTORISE(NT) mon enfant à pratiquer des activités aquatiques.

A \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

mention "Lu et Approuvé"  
Signature des parents

## CONDITIONS DE DEPART DE L'ENFANT : Personnes Autorisées

Nous soussignés :

AUTORISE(NT) les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant à la structure sur présentation de leur pièce d'identité.

Nom et Prénom	Adresse	Téléphone	Lien de Parenté

A \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

mention "Lu et Approuvé"  
Signature des parents

## REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Nous soussignés :

CERTIFIE(NT) avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et nous nous engageons à respecter toutes les clauses.

A \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

mention "Lu et Approuvé"  
Signature des parents