



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 : ABASCAL AMAYA
Responsable 1 : ABASCAL ANTOINE
Responsable 2 : PIERRE LORRAINE

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