

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS
CANTINES ET CENTRES DE LOISIRS (1)**

(Tout dossier incomplet sera refusé)

ENFANTS

| | 1 ^{er} enfant | 2 ^{ème} enfant | 3 ^{ème} enfant |
|-------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|
| NOM | | | |
| Prénom | | | |
| Date de naissance | | | |
| Ecole | | | |
| Classe 2021/2022 | | | |
| Allergies | | | |

Fournir un certificat médical, et le protocole de l'allergologue (PAI) pour les allergies.

PARENTS

| | Père | Mère |
|--|------|------|
| Nom | | |
| Prénom | | |
| Date de naissance | | |
| Adresse | | |
| Tél. fixe | | |
| Tél. portable | | |
| E-mail | | |
| Nom et adresse employeur | | |
| Numéro de tél. travail | | |
| Payeur | | |
| Adresse complète de facturation (Pour les parents concernés, spécifier les semaines paires et impaires) | | |

N° allocataire CAF ou MSA.....

Assurance et N° de contrat en responsabilité civile (Fournir une attestation) :.....

Nom et N° de téléphone du médecin traitant :.....

Personne à prévenir en cas d'urgence (autre que les parents):

Nom Prénom :..... ☎ :.....

En cas d'urgence, j'autorise le personnel responsable à prendre toutes les mesures (appel parents, médecin, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant :

Nom Prénom : ☎

Nom Prénom : ☎

Nom Prénom : ☎

J'accuse réception des règlements intérieurs de la cantine, de l'ALAE et de l'ALSH (1).

Toutes les rubriques doivent être complétées pour que le dossier soit accepté.

Ces informations sont utiles pour assurer un bon recouvrement des créances.

Date

Signature Père

Signature Mère



STRUCTURES BASTIDES DE LOMAGNE

AUTORISATION PARENTALE

NOM PRENOM DE L'ENFANT.....

Je soussigné Mme Mr Tuteur (1)

.....

- autorise mon enfant.....à participer aux animations.
- autorise mon enfant à être maquillé dans le cadre des animations proposées.
- autorise l'équipe d'animation à photographier, filmer mon enfant et à utiliser les images dans le cadre de la législation.
- autorise le responsable de l'animation à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- autorise la Direction du Centre de Loisirs à consulter mon compte CAFPRO,
 oui non

Si non je m'engage à payer le tarif maximum.

La Communauté de Communes Bastides de Lomagne et l'équipe d'animation déclinent toute responsabilité en cas d'accident survenu avant ou après les horaires d'encadrement des animations.

La Communauté de Communes Bastides de Lomagne ne saurait être tenue pour responsable des accidents survenus indépendamment de toute faute de sa part.

Il est recommandé aux parents de vérifier que leur assurance responsabilité civile couvre bien les activités choisies.

Dans un souci de bien-être pour votre enfant et de façon à pouvoir mettre en place un accueil adapté : est-ce que votre enfant est suivi par une structure médico-sociale ou médico-psychologique : oui non

Si oui, nous autorisez-vous à les contacter ? oui non

Coordonnées :

A..... le.....

Signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE: ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I . ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ___/___/___

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

| Précisez s'il s'agit : | VACCINS PRATIQUES | | DATES | |
|------------------------|-------------------|-----------|-------------|-------------------|
| | Du DT polio | Du DT coq | Du Tétracoq | D'une prise polio |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

SIL'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

| INJECTIONS DE SERUM | NATURE | DATES |
|---------------------|--------|-------|
| | | |
| | | |

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
 L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

| RUBEOLE | VARICELLE | ANGINES | RHUMATISMES | SCARLATINE |
|---|---|---|---|---|
| non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE | OTITES | ASTHME | ROUGEOLE | OREILLONS |
| non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....

.....

.....

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT
 NOM : PRENOMS :
 ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. : _____ N° DE TEL : _____ DOMICILE : _____ BUREAU : _____

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

DATE : Signature :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVEE LE ___/___/___
 DEPART LE ___/___/___

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....

.....

.....



FICHE D'INSCRIPTION Cantine Année 2021-2022

Inscription régulière annuelle

A remettre **à la cantine**

Ecole de

Ecrivez ci-dessous :

« Prendra la totalité des repas » ou
« Prendra les repas tous les (inscrire le ou les jours) »

| NOM | PRENOM | |
|-----|--------|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |



Inscription occasionnelle

A remettre **15 jours avant, dans la boîte aux lettres cantine** (Coupon à photocopier)

Ecole de

| NOM | PRENOM | DATES |
|-----|--------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Téléphoner IMPERATIVEMENT au RESPONSABLE CANTINE pour :

- . Les annulations,
- . Les inscriptions supplémentaires
- . Enfant malade
- . Discipline
-

Cf. coordonnées dans le Règlement Intérieur.

Date :

Signature :