



ASSOCIATION FAMILLES RURALES DE MARBOZ

Centre de loisirs et Boz Club

52 rue du 19 mars 1962 – 01851 MARBOZ

centredeloisirsdemarboz@gmail.com

Facebook : Les marmoz

Instagram : Bozclubdemarboz

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
SEPTEMBRE 2019 à AOÛT 2020

Nom de l'enfant : _____ Prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Ecole fréquentée : _____ Classe / section : _____

	Parent 1	Parent 2
Parenté	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Organisme <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Organisme <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom		
Adresse	Code Postal : _____ Ville : _____	Code Postal : _____ Ville : _____
Adresse Email		
Tel. Fixe		
Tel. Portable		
Tel. Travail		
Profession		
Employeur		

Impression de la facture au nom de : _____

adresse : _____

Envoi de la facture par mail : _____ @ _____

Régime allocataire du responsable	CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
N° allocataire	CAF : MSA :
Quotient familial	2019 : _____ 2020 : _____

Personnes majeures autorisées ou interdites à récupérer l'enfant.

Autorisée	Interdite	NOM PRENOM	Téléphones	Lien de parenté avec l'enfant

Autorisations :

Je déclare : *(cocher les cases suivantes)*

autoriser la structure à consulter le site CAF Pro (en cas de réponse négative, le tarif maximal sera appliqué) et à en archiver les données : OUI NON

Si les données ne sont pas renseignées, nous vous demanderons votre dernier avis d'imposition.

avoir pris connaissance des modalités d'organisation du centre de loisirs et du Boz Club, et du règlement intérieur et m'engager à le respecter

m'engager à payer les frais, déductions faites des aides auxquelles j'ai le droit

autoriser mon enfant à participer à toutes les activités du centre de loisirs et du Boz Club autorisées par la réglementation (y compris les transports)

autoriser le directeur à prendre toute mesure qu'il jugera utile au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents et médicalement constatés

autoriser l'organisateur à utiliser les photos de mon enfant pour illustrer les documents de promotion des activités par affiche et/ou presse (journaux locaux) : OUI NON

autoriser mon enfant à rentrer seul (après confirmation avec le directeur) : OUI NON

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectifications aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à centredeloisirsdemarboz@gmail.com. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Repas spéciaux : OUI NON

Si oui, précisez _____

Pour les PAI (projet d'accueil individualisé), voir avec la direction et page 3.

Pièces à fournir

θ Copie des vaccins

θ Copie attestation d'assurance extra-scolaire ou responsabilité civile

θ Justificatifs d'aides (Aides aux vacances CAF / CE ou autres)

Fait à _____ le _____

Signature du responsable légal :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle vous évite de vous démunir de son carnet de santé.

Etablissement hospitalier souhaité en cas d'urgence : _____

Nom du médecin traitant : _____ Tel : _____

N° Sécurité Sociale de l'enfant : _____ Nom mutuelle : _____

L'enfant est-il en situation de handicap : oui non Bénéficie t'il de l'AEEH ? : oui non

Nom de l'assureur : _____ N° contrat : _____

Fournir une copie de l'attestation d'assurance extrascolaire ou responsabilité civile.

VACCINATIONS Fournir une copie du carnet de santé

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON

MEDICAMENTEUSE OUI NON

AUTRE _____

PAI : _____ (joindre le protocole au dossier)

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, de prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez

Fait à _____ le _____

Signature du responsable légal :