



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS  
VILLE DE CERNY.  
ACCUEIL EXTRASCOLAIRE ET PERISCOLAIRE.  
2018/2019**

Nom de l'enfant : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Age : .....  
Classe : .....

**FAMILLE**

NOM Prénom du père/tuteur : .....  
Tel : .....  
Tel : .....  
Adresse : .....  
.....  
Adresse mail : .....

NOM Prénom de la mère/tutrice : .....  
Tel : .....  
Tel : .....  
Adresse : .....  
.....  
Tel en cas d'urgence : .....  
Adresse mail : .....

**Autorisation parentale de SORTIE**

Noms des personnes extérieures autorisées à venir chercher l'enfant :

..... Tel : .....  
..... Tel : .....  
..... Tel : .....  
..... Tel : .....  
..... Tel : .....

Aucune personne non inscrite ne pourra récupérer l'enfant.

L'enfant est-il autorisé à sortir seul, sans décharge parentale ?  Oui  non

**INFORMATIONS MEDICALES :**

Nom du médecin traitant : .....  
N° de sécurité sociale : .....

L'enfant a-t-il un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) ?

Oui  non

Si oui, il est obligatoire de le fournir à l'accueil de loisirs.

Existe-t-il des contre-indications médicales pour la pratique de certaines activités ?

Oui  non

Si oui, lesquelles.....

**Renseignements divers** (Régime alimentaire, allergie, port de lunettes, appareil dentaire, traitements en cours avec prescription médicale...). Tout traitement nécessite obligatoirement une ordonnance.

.....  
.....

En cas de changement de situation, joindre obligatoirement la direction.



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS  
VILLE DE CERNY.  
ACCUEIL EXTRASCOLAIRE ET PERISCOLAIRE.  
2018/2019**

**VACCINATIONS :**

VACCINS OBLIGATOIRE	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS
Diphthérie			
Tétanos			
Poliomyélite			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.  
En l'absence de vaccin et de contre-indication médical, votre enfant est susceptible d'être refusé au sein de l'accueil périscolaire et extrascolaire.

VACCINS RECOMANDES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS
Tuberculose			
Coqueluche			
Rubéole/Oreillons/Rougeole			
Autres, précisez			

MALADIES CONTRACTEES	OUI	NON	REMARQUES
Rubéole			
Varicelle			
Eczéma			
Scarlatine			
Coqueluche			
Mononucléause			
Rougeole			
Oreillons			
Autres, précisez			

**Autorisations**

J'autorise le personnel du Centre de loisirs à prendre des photos ou à filmer mon enfant dans le cadre des activités du Centre de loisirs. Je suis informé(e) que ces images peuvent être utilisées pour des affichages ou des supports d'informations :

- Oui                       Non

Certains documents (courriers, informations, attestations, ...) pourront vous être transmis par email et non plus en format papier. Merci de préciser l'adresse mail ou les adresses mails à laquelle, lesquelles vous souhaitez recevoir ces documents :

.....

Je soussigné(e) ..... père, mère, tuteur, tutrice de l'enfant  
..... autorise la directrice de l'ACM  
en accord avec la coordinatrice à prendre toutes décisions rendues nécessaires par l'état de l'enfant et  
l'autorise à faire pratiquer les interventions d'urgence.

**Signature obligatoire du responsable légal :**

En cas de changement de situation, joindre obligatoirement la direction.