

Département  
de la Charente-Maritime  
Mairie de LA FLOTTE  
Ile de Ré  
Code Postal : 17630



## Accueil de Loisirs Sans Hébergement Municipal - ALSH -

### LA FLOTTE

Année scolaire 2017-2018

#### FICHE ANNEXE

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS et MEDICAUX

**Nom de l'enfant :** .....

**Prénom :** .....

Sexe : .....

Date de naissance : .....

Ecole : .....

Classe : .....

Quotient Familial : .....

N° CAF : .....

N° MSA : .....

Régime : .....

Assurance : .....

N° Contrat : .....

Début : .....

**Nom de l'enfant :** .....

**Prénom :** .....

Sexe : .....

Date de naissance : .....

Ecole : .....

Classe : .....

Quotient Familial : .....

N° CAF : .....

N° MSA : .....

Régime : .....

Assurance : .....

N° Contrat : .....

Début et fin: .....

#### **PARENT 1 ou TUTEUR LEGAL 1 : A contacter en priorité**

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Situation familiale :** .....

Email : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Professionnel : .....

Tél. Portable : .....

Centre de Sécu. : .....

Employeur : .....

Profession : .....

#### **PARENT 2 ou TUTEUR LEGAL 2 :**

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Situation familiale :** .....

Email : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Professionnel : .....

Tél. Portable : .....

Centre de Sécu. : .....

Employeur : .....

Profession : .....

**Nom de personne autre que parent ou tuteur autorisée à venir chercher l'enfant : .....**

**Prénom : .....**

Situation familiale : .....

Email : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Lien familial : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Professionnel : .....

Tél. Portable : .....

#### **Autorisation d'intervention médicale**

Médecin traitant : .....

Coordonnées : .....

Je (nous) soussigné(e) ou (s) M. et ou Mme.....responsable (s)

légal (aux) de(s) enfant(s) : - .....

Déclare (nt) exacts les renseignements portés sur cette fiche, sur la fiche d'inscription et sur la fiche sanitaire

Autorise (nt) le Responsable de l'ALSH à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ..... Signature(s),

#### **Autorisation diverses :**

Je (nous) soussigné (e) ou (s) M. et ou Mme .....responsable (s)

légal (aux) de(s) enfant(s) : .....

Autorise (nt) mon enfant à participer aux sorties organisées : .....

Autorise (nt) mon enfant à participer aux activités aquatiques : .....

Nage-t-il : ..... Brevet Natation : .....

Autorise mon enfant à se déplacer en véhicule, accompagné par l'équipe d'animation de l'ALSH

Date : ..... Signature(s),

#### **Autorisation droit à l'image :**

Je (nous) soussigné (e) ou (s) M. et ou Mme .....responsable (s)

légal (aux) de(s) enfant(s) : .....

a) Autorise(nt) / n'autorise (nt) pas l'équipe d'encadrement de l'ALSH à prendre en photo ou à filmer mon enfant.

b) Autorise (nt) / n'autorise (nt) pas la Mairie à publier des photos de mon enfant prises dans le cadre des activités de l'ALSH, pour une utilisation ensuite dans les outils de communication municipaux (bulletin municipal, site internet, exposition,...), dans les articles de presse locale

c) Autorise (nt) / n'autorise (nt) pas la diffusion d'enregistrement sonore de la voix de mon enfant (atelier radio...), la diffusion de créations réalisés par mon enfant à l'accueil de loisirs.

Date : ..... Signature (s),