



# FICHE DE RENSEIGNEMENT - ANNEE 2021

## Accueil de Loisirs Les P'tites Canailles

**Adhésion 2021** : Habitants extérieurs aux communes partenaires : 14€.....

Habitants Criqueot, Saint Jouin : Adhésion prise en charge par la mairie.....

### Activités (cochez les différents choix):

Accueil de loisirs Criqueot-L'Esneval  Saint-Jouin-Bruneval  Mercredi Criqueot

### ENFANT

Nom : ..... Prénom : ..... fille  garçon  Né(e) le : ...../...../.....

Ville de naissance : ..... N° Sécurité Sociale : .....

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LEGAUX

Qualité : Père  Mère  Famille d'accueil  Tuteur  Autre précisez.....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : ...../...../...../...../..... Portable : ...../...../...../...../..... Travail : ...../...../...../...../.....

Courriel : .....@.....

Qualité : Père  Mère  Famille d'accueil  Tuteur  Autre précisez.....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : ...../...../...../...../..... Portable : ...../...../...../...../..... Travail : ...../...../...../...../.....

Courriel : .....@.....

### PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : ..... Prénom : ..... lien avec l'enfant : ..... Portable...../...../...../...../.....

Nom : ..... Prénom : ..... lien avec l'enfant : ..... Portable...../...../...../...../.....

Nom : ..... Prénom : ..... lien avec l'enfant : ..... Portable...../...../...../...../.....

### PERSONNES AUTORISEES A VENIR RECUPERER NOTRE ENFANT :

L'enfant peut rentrer seul : oui  non

Nom : ..... Prénom : ..... lien avec l'enfant : ..... Portable...../...../...../...../.....

Nom : ..... Prénom : ..... lien avec l'enfant : ..... Portable...../...../...../...../.....

Nom : ..... Prénom : ..... lien avec l'enfant : ..... Portable...../...../...../...../.....

## INFORMATIONS MEDICALES

### Vaccinations effectuées : (Fournir les photocopies des vaccins)

- |  |                                     |   |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Diphtérie                 | <input type="checkbox"/> Tétracoq   | <input type="checkbox"/> Coqueluche                 |
| <input type="checkbox"/> Tétanos                   | <input type="checkbox"/> Hépatite B | <input type="checkbox"/> BCG                        |
| <input type="checkbox"/> Poliomyélite              | <input type="checkbox"/> DT polio   | <input type="checkbox"/> Rubéole-Oreillons-Rougeole |
| <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : ..... |                                     |   |

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

- |                                    |  |                                    |
|------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rubéole   | <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu | <input type="checkbox"/> Otite     |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Scarlatine                  | <input type="checkbox"/> Rougeole  |
| <input type="checkbox"/> Angine    | <input type="checkbox"/> Coqueluche                  | <input type="checkbox"/> Oreillons |

### Allergies :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthme              | <input type="checkbox"/> médicamenteuse : .....    |
| <input type="checkbox"/> Alimentaire : ..... | <input type="checkbox"/> autres (préciser) : ..... |

**Conduite à tenir** : .....

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, hospitalisation, opérations...) Préciser les dates et les précautions à prendre : .....

### Votre enfant porte :

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Des lentilles           | <input type="checkbox"/> Des lunettes              | <input type="checkbox"/> Des prothèses dentaires |
| <input type="checkbox"/> Des prothèses auditives | <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : ..... |  |

## DROIT A L'IMAGE

Autorisez-vous les personnes de l'association à utiliser dans le cadre de ses activités des photos ou des vidéos de votre enfant ? Ces photos ou vidéos seront susceptible d'être publiés dans le journal local, le bulletin municipal, site internet (avec protection contre la copie).

Oui  Non

## TRANSPORT

Nous avons pris connaissance que selon le type, la distance et la durée de l'activité, différents moyens de transport peuvent être utilisés (minibus, bus de ligne, car de tourisme, etc...). L'Amicale Laïque d'Aplemont atteste que chaque moyen de transport utilisé fera l'objet d'une vérification sur l'état du véhicule, l'aptitude du chauffeur à prendre la route et qu'une assurance spécifique concernant le transport d'enfants soit souscrite, afin d'être dans le respect de la réglementation spécifique lié aux accueils collectifs de mineurs.

Je, soussigné(e) ..... responsable de l'enfant....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de la structure à prendre le cas échéants toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaire par l'état de santé de mon enfant. De plus, en inscrivant mon enfant aux activités de l'Amicale Laïque d'Aplemont, j'accepte le règlement intérieur dans son intégralité.

Fait le : ...../...../20....., à .....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »