

ANNÉE 2023 / 2024
DOSSIER ADMINISTRATIF
ACCUEIL DE LOISIRS PÉRISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE

Garderie La Ruche
d'ADÉQUAT
 Garderie Municipale

Enfant : Maternelle Classe : _____ Primaire Classe : _____

NOM Prénom(s)

Né(e) Age Sexe : Masculin Féminin Poids :

Responsables légaux :

Merci d'écrire lisiblement dans le but d'éviter les erreurs et de remplir la partie des deux représentants légaux (ayant l'autorité parentale).

Situation familiale :

En cas de séparation, l'acte de jugement devra nous être fourni

Particularités :

Monsieur

NOM :

Prénom :

Profession :

Tel portable :

Tel professionnel :

Madame

NOM :

Prénom :

Profession :

Tel portable :

Tel professionnel :

Cocher la case si vous avez une adresse postale commune sinon indiquez l'adresse des deux parents.

Adresse mail :

Adresse postale :

Code postal :

Ville :

Tel Domicile :

Adresse mail :

Adresse postale :

Code postal :

Ville :

Tel Domicile :

Responsables légaux couvrant le ou les enfants :

N° SECURITÉ SOCIALE :

Nom de votre assurance :

N° de votre assurance et copie d'attestation de responsabilité civile :

N° Immatriculation MSA :

(Mutualité Sociale Agricole)

N° allocataire CAF :



TOUT FORMULAIRE, RENDU INCOMPLET, NE SERA PAS PRIS EN COMPTE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ANNÉE 2023 / 2024

ENFANT - Nom : Prénom : Date de naissance / /

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour la bonne prise en charge de votre enfant.

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Merci de nous fournir une photocopie du carnet de santé (page vaccinations).

Les enfants nés à partir de 2018 doivent fournir les 11 vaccins obligatoires.

2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? Barrer les mentions inutiles

Rubéole : OUI NON Coqueluche : OUI NON Varicelle : OUI NON

Otite : OUI NON Angine : OUI NON Rougeole : OUI NON

Rhumatisme : OUI NON Oreillons : OUI NON Scarlatine : OUI NON

ALLERGIES :

Asthme : OUI NON médicamenteuses : OUI NON

Alimentaires : OUI NON autres :

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

.....
.....
.....

MEDECINS/HOSPITALISATION :

Si cela est possible, nous souhaitons la consultation du docteur : (nom, adresse, téléphone)

.....

Ou, en cas d'hospitalisation à : (précisez le nom de l'hôpital ou de la clinique) :

.....

INDIQUEZ, CI-APRES :

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

.....
.....
.....



3 - ACCUEIL D'ENFANT AYANT DES BESOINS SPECIFIQUES

La structure se veut être, dans la mesure du possible, un lieu d'accueil pour tous les enfants. Afin d'être à votre écoute et accompagner votre enfant au mieux (handicap mental, autisme léger, troubles du comportement, déficience visuelle...), et qu'il puisse s'épanouir et que l'équipe pédagogique soit en capacité de lui offrir un lieu adapté tout en respectant son rythme de vie, merci de nous préciser les conduites à tenir :

L'enfant est suivi par une équipe éducative (psychologue, orthophoniste, éducateur spécialisé...).

INDIQUEZ, CI-APRES :

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES REPRESENTANTS LEGAUX

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc...
Précisez

Notre enfant : sait nager ne sait pas nager

Notre enfant : fait la sieste : durée

Il arrive qu'il y ait des fuites durant le temps de repos

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Date :

Signature :



HABILITÉS

ANNÉE 2023 / 2024

ENFANT - Nom :	Prénom :	Date de naissance :	/	/
----------------	----------	---------------------	---	---

Départ de l'enfant

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant autres que les parents (barrer le tableau s'il n'y a aucune autre personne habilitée) :

Nom Prénom	Lien de parenté	N° de tel

Il est possible qu'un mineur vienne chercher un enfant à l'accueil. Cependant, toutes responsabilités des équipes encadrantes sont déclinées. Une pièce d'identité pourra être demandée aux personnes habilitées.

Autorisation de retour seul de la structure :

oui

non

Date :

Signature du représentant légal :



ACCUEIL DE LOISIRS PÉRISCOLAIRE et/ou EXTRASCOLAIRE

Je soussigné.e.....

Parent.s de l'enfant ou des enfants.....

Admis à l'accueil de loisirs périscolaire ou extrascolaire.

➤ **RGPD : (Le Règlement Général sur la Protection des Données) :**

- J'autorise / Je n'autorise pas : la structure à saisir mes informations personnelles sur les différentes bases de données.

Fait le : / /

- J'autorise / Je n'autorise pas : la structure à saisir mes informations sanitaires personnelles sur les différentes bases de données.

Fait le : / /

➤ **CDAP : (Confidential Data Access Portal) Portail professionnel de la CAF :**

- J'autorise / Je n'autorise pas : la structure à consulter sur le CDAP et à saisir mes informations financières sur les différentes bases de données.

Fait le : / /

Ces informations sont nécessaires au bon déroulement des services (inscriptions, facturations...). Sans consentement écrit de votre part, nous ne pourrons pas accueillir votre/vos enfant(s).

Fait à, le

Signature des représentants légaux, précédée de la mention « lu et approuvé »



Autorisation de droit à l'image et/ou la voix pour un-e mineur-e

Garderie La Ruche d'ADÉQUAT du centre social de Bourbon l'Archambault
Garderie Municipale de la Mairie de Bourbon l'Archambault

Objet : Autorisation de filmer et publier des images/voix d'un-e mineur-e

Je, soussignée, (nom du parent/tuteur légal)

Nom : Prénom:.....

Adresse :

Code postal : Ville :

Pays :

Tél :

Email :@.....

Autorise, la **structure** dans le cadre des services d'accueil

- à filmer et/ou enregistrer(Nom de l'enfant filmé.e)

Lors de sa présence au sein des activités et services d'accueil.

- à effectuer un montage, reproduire et diffuser ces images/enregistrements lors de projections ou communications à but non lucratif :

OUI

NON

- à publier ces images/voix sur le web (via nos réseaux sociaux) :

OUI

NON

- à les transmettre aux médias locaux (presse écrite, presse en ligne) pour illustrer un article :

OUI

NON

Je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite à la **structure d'accueil de mon enfant**.

Je m'engage à ne pas tenir responsable la structure précitée ainsi que ses représentantes et toute personne agissant avec sa permission pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

Ce contrat est reconduit de manière tacite chaque année. La présente autorisation est personnelle et incessible et ne s'applique qu'aux supports explicitement mentionnés.

Fait à

Le

Signature :



