

# fiche de renseignements ENFANT

valable pour l'année scolaire 2020-21

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

## AUTORITÉ PARENTALE

PÈRE (ou tuteur légal\*)

MÈRE (ou tutrice légale\*)

NOM		
PRÉNOM		
ADRESSE		
C.P. / VILLE		
TÉLÉPHONES	dom. _____	dom. _____
	port. _____	port. _____
	travail _____	travail _____
PROFESSION		
E-MAIL PARENTS		
Autre(s) personne(s) autorisée(s) à récupérer l'enfant		
NOM	PRÉNOM	ADRESSE / CP / VILLE
TÉL. DOMICILE	TÉL. PORTABLE	
E-MAIL :		

### [VACCIN] DT POLIO (noms et dates)

1re injection :	3e injection :	rappel :
date :	date :	date :
2e injection :	rappel :	[ VACCIN] BCG - Date :
date :	date :	

CAS PARTICULIER (handicap, allergie, régime alimentaire, etc.) .....



2020-21

### CARTE DES FAMILLES

numéro date

--	--

CAF  MSA  EDF  SNCF

FACTURE:  OUI  NON

Déjà inscrit(e) aux petites vac. ?

OUI  NON

#### TRIMESTRE 1

- demi-journée  
 matin  après-midi  
 repas  
 journée complète

#### TRIMESTRE 2

- demi-journée  
 matin  après-midi  
 repas  
 journée complète

#### TRIMESTRE 3

- demi-journée  
 matin  après-midi  
 repas  
 journée complète

cadre réservé à l'association

**Familles en mouvement** FÉDÉRATION DU RHÔNE

Association des Familles de Saint-Georges-de-Reneins  
 B.P. 30 - 69830 Saint-Georges-de-Reneins

DÉCLARATION DU RESPONSABLE LÉgal

Je soussigné nom ..... prénom .....

- AUTORISE** mon enfant à participer à toutes les activités du centre aéré (piscine, sorties, activités sportives, etc.) ;
- \*AUTORISE** mon enfant à regagner seul mon domicile :  
**si oui**, je dégage l'Association des Familles de Saint-Georges-de-Reneins de toute responsabilité,  
**si non** : il sera récupéré par mes soins ou par l'accompagnant désigné dans le cadre « personne autorisée à récupérer l'enfant » ;
- DÉCLARE** exacts les renseignements portés sur cette fiche ;
- AUTORISE** les responsables du centre de loisirs à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, et **M'ENGAGE** à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.
- M'ENGAGE** à prendre en charge les frais supplémentaires d'un retour prématuré : frais individuels de l'enfant et frais aller-retour de l'accompagnateur ;
- CERTIFIE** avoir pris connaissance des conditions générales du fonctionnement du centre aéré, et les accepter sans réserve ;
- CERTIFIE** que les vaccinations de mon enfant sont à jour.
- CONDITIONS DE REMBOURSEMENT** : uniquement sur présentation d'un certificat médical justifiant de l'incompatibilité de l'état de santé de l'enfant avec l'accueil de loisirs. Le cas échéant, toute semaine réservée reste dûe.

**O J'ATTESTE AVOIR COMPRIS ET ACCEPTÉ LES CONDITIONS DE REMBOURSEMENT MENTIONNÉES CI-DESSUS EN POINT 8**

Fait à SAINT-GEORGES-DE-RENEINS, le : .....

Signature :

\* rayer la mention inutile