

# fiche de renseignements ENFANT

valable pour l'année scolaire 2021-22



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 :		

## CARTE DES FAMILLES

numéro date

--	--

CAF  MSA  EDF  SNCF

FACTURE :  OUI  NON

INSCRIT(E) LES MERCREDIS

T1  T2  T3  NON

TOUSSAINT	1/2 J.	1 J.
SEM. 1		
SEM. 2		

date :

HIVER	1/2 J.	1 J.
SEM. 1		
SEM. 2		

date :

PÂQUES	1/2 J.	1 J.
SEM. 1		
SEM. 2		

date :

ÉTÉ	1/2 J.	1 J.
SEM. 1		
SEM. 2		
SEM. 3		
SEM. 4		
SEM. 5		
SEM. 6		

date :

**Familles en mouvement** FÉDÉRATION DU RHÔNE

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

### [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.) .....

**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.

**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