

fiche de renseignements ENFANT

valable pour l'année scolaire 2022-23

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.)



2022-23

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