

ENFANT

Nom :

.....

Prénom :

.....

École :

.....

Classe :

.....

Date de naissance :

.....

☐

Fille

☐

Garçon

RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable 1

Nom Prénom :

Adresse :

Portable :

Travail :

Mail :

Responsable 2

Nom Prénom :

Adresse :

Portable :

Travail :

Mail :

Situation familiale :

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e)

Si enfant en famille d'accueil, coordonnées de la famille d'accueil :

Nom Prénom :

Adresse :

Portable :

Travail :

Mail :

Informations complémentaires

Nom de l'Allocataire CAF ou MSA :

Numéro Allocataire CAF ou MSA :

Quotient familial (case réservée CCBA) :

Si vous ne fournissez pas votre n° allocataire CAF ou MSA, nous ne pouvons calculer votre tarif et donc, à défaut, le tarif le plus élevé vous sera appliqué.

Compagnie d'assurance :

Nom de la compagnie :

N° de la police :

Facturation :

Nom des personnes redevables et adresse (si différent des parents) :

.....

.....

.....

INFORMATIONS SANITAIRES DE L'ENFANT

Nom du médecin traitant :

N° de téléphone :

VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant et nous joindre les photocopies du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autre (préciser)	
OU Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE INDICATION.

RESNSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? ☐ Oui ☐ Non

Indiquez ci-après : Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation, ...) en précisant les précautions à prendre :

L'enfant est-il bénéficiaire d'une AEEH (allocation éducation enfant handicapé) ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre un justificatif ou une attestation.

L'enfant a-t-il un PAI ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente, le PAI 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.

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) :

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Régime alimentaire particulier : ☐ Sans viande ☐ Sans porc ☐ Non

☐ Autre, précisez :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, autre précisez :

AUTORISATIONS

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant et à être
contactées en mon absence :

Nom, Prénom : Tél :

Lien avec l'enfant :

Nom, Prénom : Tél :

Lien avec l'enfant :

Nom, Prénom :

Lien avec l'enfant : Tél :

Je soussigné(e).....
responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette
fiche et autorise le personnel de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant,
toutes mesures (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues
nécessaires par l'état de l'enfant.

Je soussigné(e).....
autorise la personne en charge de la facturation à accéder aux site CDAP
(allocataire CAF) et Espace Privé (allocataire MSA) afin de calculer le
tarif à appliquer.

Je soussigné(e).....
autorise le personnel de l'accueil à sortir mon enfant hors des locaux de
l'école (salle des fêtes, salle de sports, sortie) dans le cadre d'activités,
notamment lors des mercredis.

Je soussigné(e).....
responsable légal de l'enfant, déclare avoir pris connaissance du
règlement intérieur et du projet pédagogique de l'accueil de loisirs
(règlement et projet à demander à la responsable de l'accueil).

Date :

Signatures des responsables de l'enfant:

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès
et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant au service Enfance-Jeunesse de la
CCBA. Pour en savoir plus, consultez vos droits sur le site de la CNIL.



Pour toutes informations complémentaires,
vous pouvez contacter la Communauté de Communes du Bas-Armagnac :
2, route du Nogaropôle
32110 CAUPENNE D'ARMAGNAC
05.62.69.15.37.
www.cc-basarmagnac.fr

Application Fammies dédiée aux accueils de loisirs de la CCBA

Afin de partager les photos des activités sur le temps péri et extra scolaire, nous vous proposons de mettre en place une application dédiée aux familles. Ce sera l'application Fammies.

Cette application permet de partager avec vous des photos, vidéos du quotidien des enfants. L'application est accessible, seulement, aux familles des enfants inscrits dans votre accueil de loisirs. Aucun téléchargement possible, ni commentaire, simplement du visuel. Vous vous engagez à ne faire et ne diffuser aucune capture d'écran. Ces contenus restent en usage interne sur l'application et ne seront en aucun cas diffusées à toute autre fin. Pour que cela fonctionne, nous avons besoin de l'autorisation de toutes les familles.

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE ET AU SON SUR L'APPLICATION FAMMIES.

Je soussigné(e)..... père/mère/tuteur
légal de l'enfant, autorise le pôle
Enfance Jeunesse du Bas-Armagnac à photographier et/ou filmer mon
enfant durant les activités, et à utiliser les images et/ou le son sur
l'application Fammies.

Je m'engage à ne faire et ne diffuser aucune capture d'écran.

Date :

Signatures des responsables de l'enfant:

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant au service Enfance-Jeunesse de la CCBA. Pour en savoir plus, consultez vos droits sur le site de la CNIL.



Pour toutes informations complémentaires,
vous pouvez contacter la Communauté de Communes du Bas-Armagnac :
2, route du Nogaropôle
32110 CAUPENNE D'ARMAGNAC
05.62.69.15.37.
www.cc-basarmagnac.fr