



Association Vacances Evasion

394, rue Léon Blum

34000 - MONTPELLIER

Tel : 04.99.13.71.10

Fax : 04.99.13.71.11

www.vaceva.com

VALIDITE :

Adhésion réglée oui non

PHOTO
Enfant

- Jacou (Maternel + Primaire)
 Vendargues (Maternel + Primaire)
 De Gaulle/Jaurès (Maternel + Primaire)
 Goethe/Langevin (Maternel + Primaire)
 Mozart/Morisot (Maternel + Primaire)
 Florian/Simon (Maternel + Primaire)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT

NOM et PRENOM de l'enfant :

Date et lieu de naissance :

Ecole fréquentée durant l'année :

Classe fréquentée durant l'année :

Sexe : M F

Nombre d'enfant à charge :

Tarifcation cantine :

Régime alimentaire : Standard Sans porc Sans viande PAI

Aide Loisirs (CAF) Oui Non

Protection sociale : RG MSA

Tarif MERC : JR $\frac{1}{2}$ JR // Tarif VAC : JR $\frac{1}{2}$ JR

	<u>RESPONSABLE 1</u>	<u>RESPONSABLE 2</u>
Nom et prénom		
Adresse du domicile		
Tél. Portable		
Tél. du domicile		
E mail à utiliser pour Portail Familles		
Profession		
Tél. du lieu de travail		
N° d'allocataire		

CONTACTS AUTORISES (Autres que les parents)

NOM PRENOM	Lien de parenté	Téléphone	REC (*)	URG (*)

* REC : Pouvant venir récupérer l'enfant

* URG : A prévenir en cas d'urgences si absence des parents

INFORMATIONS MEDICALES

➤ VACCINATIONS (Se référer au carnet de santé et/ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DU RAPPEL	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie		Coqueluche	
Tétanos		Hépatite B	
Poliomyélite		Pneumocoque	
Autres vaccins éventuels (A préciser)		Rubéole-Oreillons-Rougeole	

➤ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Médecin traitant :

Téléphone :

L'enfant porte-t-il des prothèses auditives, des lentilles, des prothèses dentaires :

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : Coqueluche Oreillons Rougeole

Rubéole Scarlatine Varicelle

L'enfant a-t-il fréquemment : Angine Otite Rhumatisme Asthme

Allergies : oui non Si oui, Précisez :

L'enfant suit-il un traitement médical : Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et autorisation écrite du responsable légal.

➤ AUTORISATIONS

- En cas d'urgence, faire hospitaliser mon enfant au centre hospitalier le plus proche et faire pratiquer les soins, examens et interventions nécessaires : Oui Non
- Transporter mon enfant par les transports en commun, sous la surveillance d'un animateur, afin de pratiquer toutes activités organisées : Oui Non
- A utiliser des photos ou vidéos prises dans le cadre des activités organisées pour une stricte utilisation sur les supports de communication de notre structure : Oui Non

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

Date :

Signature :