** FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Clé des champs

**2023-2024**

**Le Participant.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM : |  | | *Photo*  *à*  *coller ici* |
| Prénom : |  | |
| Date et lieu de naissance : |  | |
| Ecole et classe fréquentées |  | Sexe : M F |

**Les responsables légaux.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Responsable*** | ***Responsable N°1 :***  *autre (1) ...............................* | ***Responsable N°2 :***  *autre (1) ...............................* |
| Nom et prénom |  |  |
| Adresse du domicile |  |  |
| Code postal et ville |  |  |
| Tél. domicile |  |  |
| Tél. travail |  |  |
| Tél. mobile |  |  |
| Email | @ | @ |
| Profession |  |  |
| Employeur  (nom et adresse) |  |  |
| Date et lieu  de naissance |  |  |
| N° sécurité sociale |  |  |
| N° allocataire CAF |  |  |
| **Nombre d’enfant(s) du foyer** |  |  |

**Personnes habilitées à venir chercher mon enfant.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom et prénom | Numéro de téléphone | Lien de parenté |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**J’autorise mon enfant à partir seul après l’école ou les activités : 🞏 OUI 🞏 NON**

**Renseignements médicaux du participant.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ALLERGIES | ASTHMES | OUI 🞏 NON 🞏 | MEDICAMENTEUSE | OUI 🞏 NON 🞏 |
| ALIMENTAIRES | OUI 🞏 NON 🞏 | AUTRES | Précisez |
| PRECISEZ LA CAUSE DE L’ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR | | | | |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | |
| Médecin traitant : Téléphone : | | | | |
| **RESTAURATION SCOLAIRE**: choix du repas : 🞏classique 🞏sans viande 🞏allergie (panier repas PAI obligatoire) | | | | |

**Déclaration du responsable légal.**

*Pour être admis à* l’accueil de loisirs « la clé des champs »  *cette déclaration devra obligatoirement être complétée et signée par le responsable légal du participant.*

Je soussigné, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

responsable légal de l'enfant :

✓Déclare les renseignements notifiés ci-dessus exacts,

✓Demande l'inscription de mon enfant à l’accueil de loisirs « la clé des champs » et avoir pris connaissance du règlement intérieur,

✓Autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par l’accueil de loisirs « la clé des champs »,

✓Autorise l'organisateur à utiliser les photos ou vidéos réalisées lors de ce séjour pour illustrer ses brochures ou autres supports d'information,

✓Autorise le directeur et toute personne mandatée par lui, à transporter mon enfant en voiture en cas de nécessité ainsi qu'à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, suivant les prescriptions du médecin consulté,

✓M'engage à régler les frais de séjour et les frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation et d'opération éventuelle en l'absence de prise en charge médicale.

✓Certifie que mon enfant est à jour de ses vaccinations et ne présente pas de contre indications à la pratique sportive.

À .........................................................., le ..................................................... Signature

Photocopie à joindre à cette fiche (chaque année)

* Pages des vaccinations du carnet de santé
* Assurance responsabilité civile et individuelle accident
* Attestation CPAM
* Mutuelle
* Aide aux loisirs (CAF) (mail de la CAF)
* Dernier avis d’imposition (si non allocataire CAF)