

## L'ENFANT

Nom ..... Prénom .....  
Né(e) le ..... Ville de naissance .....  
École fréquentée ..... Niveau de classe .....  
Assurance en responsabilité civile péri et extrascolaire :  Oui  Non  
Nom de la compagnie d'assurance ..... N° de contrat .....

## RESPONSABLE 1

Père  Mère  Tuteur  Autre (précisez) :  
Nom ..... Prénom .....  
Né(e) le ..... à ..... Nationalité .....  
Adresse .....  
Code postal ..... Commune .....  
Tel Portable ..... Tel Domicile ..... Tel Employeur .....  
E-mail ..... Profession .....  
Situation matrimoniale :  Marié(e)  Concubin  Divorcé(e) ou séparé(e)  
Garde alternée :  Semaine paire  Semaine impaire  Autre (précisez) .....

### Régime général :

Caisse d'allocations familiales du jura, N° d'allocataire C.A.F (obligatoire) .....  
 Caisse d'allocations familiales du ..... N°CAF .....  
 Mutualité sociale Agricole N° d'allocataire M.S.A .....  
 Autre (précisez) .....

### Pour les non allocataires CAF du Jura, fournir la fiche d'imposition N-2 nécessaire pour le calcul de la participation financière

Nombre d'enfants à charge : .....

## RESPONSABLE 2

Père  Mère  Tuteur  Autre (précisez) : .....  
Nom ..... Prénom .....  
Né(e) le ..... à ..... Nationalité .....  
Adresse .....  
Code postal ..... Commune .....  
Tel Portable ..... Tel Domicile ..... Tel Employeur .....  
E-mail ..... Profession .....  
Situation matrimoniale :  Marié(e)  Concubin  Divorcé(e) ou séparé(e)  
Garde alternée :  Semaine paire  Semaine impaire  Autre (précisez) .....

### Régime général :

Caisse d'allocations familiales du Jura, N° d'allocataire C.A.F (obligatoire) .....  
 Caisse d'allocations familiales du ..... N°CAF .....  
 Mutualité sociale Agricole N° d'allocataire M.S.A .....  
 Autre (précisez) : .....

### Pour les non allocataires CAF du Jura, fournir la fiche d'imposition N-2 nécessaire pour le calcul de la participation financière

Nombre d'enfants à charge : .....

## PERSONNES À CONTACTER EN CAS DE PROBLÈME

(si différent des responsables légaux)

Nom ..... Prénom ..... N° de tel .....

Nom ..... Prénom ..... N° de tel .....

## PERSONNES AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À L'ACCUEIL DE LOISIRS

Nom ..... Prénom ..... Lien de parenté.....

Nom ..... Prénom ..... Lien de parenté.....

Nom ..... Prénom ..... Lien de parenté.....

**Si la garde de l'enfant est interdite à l'un des parents, fournir la copie du jugement.**

## ENVOI DES DOCUMENTS ADMINISTRATIFS (dont factures)

Responsable 1     Responsable 2

Autre (précisez et renseignez les éléments ci-dessous) : .....

Nom ..... Prénom .....

Né(e) le ..... à.....

Adresse.....

Code postal..... Commune .....

Tel Portable..... Tel Domicile .....

E-mail .....

**Remarque** .....

## DROIT À L'IMAGE

Dans le cadre des activités prévues sur les temps périscolaire et extrascolaire,

**j'autorise**     **je n'autorise pas**

les membres des accueils de loisirs d'enregistrer l'image et la voix de mon enfant (photos et vidéos).

Les enregistrements images/voix ont pour objectif de faire connaître et reconnaître les activités des enfants durant les temps accueils (sorties, activités manuelles, projet pédagogique, spectacles et expositions...).

**La diffusion dans le cadre d'un projet ciblé pouvant être utilisés sur les supports de communication**

**suivant** : presse écrite et en ligne, site internet officiel, chaîne youtube de la communauté de communes, page facebook et instagram officielles de la communauté de communes, supports papier communal et intercommunal.

La communauté de communes s'interdit expressément de céder les présentes autorisations à un tiers. Elle s'interdit également de procéder à une exploitation illicite de l'enregistrement de l'image et/ou de la voix de la personne susceptible de porter atteinte à sa dignité, sa réputation ou à sa vie privée et toute autre exploitation préjudiciable selon les lois et règlements en vigueur.

## AUTORISATION

J'autorise mon enfant à rentrer seul :     Oui     Non

**Si oui**, il est obligatoire de compléter une autorisation de sortie à demander à l'accueil de loisirs.

**Je soussigné(e)**..... **déclare** :

Avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement des accueils de loisirs du Val d'Amour énoncés dans le règlement intérieur (téléchargeable sur le site [www.valdamour.com](http://www.valdamour.com)) et en accepter les conditions. Certifie l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

À.....

LE .....

SIGNATURE :

# Fiche sanitaire de Liaison

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités péri et extra-scolaires de votre enfant. **Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.**

## L'ENFANT

Nom ..... Prénom .....  
Né(e) le ..... à ..... Sexe :  Féminin  Masculin

## VACCINATIONS

**Fournir obligatoirement la photocopie du carnet de vaccinations**

Les vaccins de votre enfant sont-ils à jour ?  Oui  Non

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

**Attention :** le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'année scolaire ?  Oui  Non

**Si oui,** joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

(Boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice).

## ALLERGIES

Asthme  Alimentaire  Médicamenteuse  Autres (précisez) .....

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....

Cette allergie nécessite-t-elle une trousse d'urgence ?  Oui  Non

**Pour toutes allergies, il est obligatoire de fournir le certificat médical.**

## DIFFICULTÉS DE SANTÉ

Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation...

Indiquez ci-après en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

.....

.....

L'enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses (auditives, dentaires, autres) ?  Oui  Non

Si oui, précisez .....

## MÉDECIN TRAITANT

Nom ..... Prénom .....

Téléphone ..... Commune .....

## BESOINS PARTICULIERS

L'enfant est-il en situation de handicap ?  Oui  Non

**Si oui,**  Visible  Invisible

Nécessite-t-il une attention particulière ?  Oui  Non

Précisez .....

.....

L'enfant bénéficie-t-il d'un suivi complémentaire ?     Oui     Non  
(C.A.M.S.P, C.M.P, C.M.P.P, hôpital de jour...)

L'enfant bénéficie-t-il ?

- De l'A.E.E.H (allocation éducative de l'enfant handicapé) si oui fournir copie du justificatif de l'ouverture des droits
- D'un P.A.I (projet d'accueil individualisé) ou autre protocole

Précisez .....

Afin d'accueillir au mieux votre enfant, une rencontre vous sera proposée par le responsable de l'accueil de loisirs.

Je soussigné(e) .....

Responsable légal de l'enfant..... certifie :

- **Exact les renseignements portés sur cette fiche**
- **Autorise le personnel de l'accueil de loisirs à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant**
- **M'engage à payer les frais médicaux, d'hospitalisation ou d'intervention éventuelle**

Date .....

Signature :