

ANNÉE 2024

SAINT-MICHEL-SUR-MEURTHE

Formulaire unique de renseignements

Merci de renseigner ce document par enfant et d'y joindre tous les documents demandés :

- **Attestation de responsabilité civile couvrant les activités extrascolaires de l'enfant**
- **Justificatif de domicile**
- **Copie du carnet de vaccination avec indication du nom de l'enfant**
- **Document attestant du quotient familial (attestation de la CAF)**
- **Copie du livret de famille (page parents et page enfant)**
- **En cas de séparation des parents, toute pièce justificative attestant de l'attribution et l'organisation du droit de garde**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT A INSCRIRE

Nom : Prénom :

Né(e) le : / / à Age : Sexe : Masculin Féminin

RESPONSABLES LEGAUX

Situation familiale :

Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale Divorcé(e) / Séparée Monoparentale

Parent : Autorité parentale oui non

M. Mme Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. domicile : ... / ... / ... / ... / ... Tél. portable : ... / ... / ... / ... / ... Tél. professionnel : ... / ... / ... / ... / ...

E-mail : @

N° de sécurité sociale : ...-... .. - - / N°allocataire : CAF/MSA

Profession : Employeur :

Parent : Autorité parentale oui non

M. Mme Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. domicile : ... / ... / ... / ... / ... Tél. portable : ... / ... / ... / ... / ... Tél. professionnel : ... / ... / ... / ... / ...

E-mail : @

N° de sécurité sociale : ...-... .. - - / N°allocataire : CAF/MSA

Profession : Employeur :

Personnes à prévenir en cas d'urgence et autorisées* à récupérer l'enfant (autres que les parents)

Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Tél domicile :	Tél domicile :	Tél domicile :
Tél portable :	Tél portable :	Tél portable :
Tél travail :	Tél travail :	Tél travail :

**ces personnes devront présenter leur pièce d'identité*

Si vous autorisez votre enfant à rentrer seul au domicile, joindre une autorisation écrite

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Nom et n° de téléphone du médecin traitant :

Vaccins obligatoires : DT POLIO. Pour les enfants nés à partir du 01/01/2018, 8 autres vaccins obligatoires (voir Loi du 30 décembre 2017 article 49)

Si l'enfant n'a pas ce vaccin obligatoire, joindre un certificat médical de contre-indication.

L'enfant suit-il un traitement médical ? : oui non

Si oui, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

ALLERGIES: Asthme Alimentaire Médicamenteuses Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

RECOMMANDATIONS UTILES (lunettes, prothèses auditives...):

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, opérations,..) en précisant les précautions à prendre ou si il y a besoin (à la demande de la famille) de mettre en place un Projet d'Accueil Individualisé.....

.....

Je soussigné(e) M/Mme, responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés ci dessus et autorise la direction des accueils éducatifs à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date.....

Signature

DROIT A L'IMAGE ET PROPRIETE INTELLECTUELLE

Je soussigné(e) M/Mme.....autorise les espaces éducatifs des Francas à photographier mon enfant et à utiliser ensuite ces photos :

- pour la durée des droits de propriétés intellectuelles
- à titre non commercial, non lucratif
- pour les supports réguliers existants ou à venir notamment *Camaraderie, grandir ! loisirs éducatifs et territoires, agrandir ! un autre regard sur les centres de loisirs*, et pour leur mise en ligne sur les sites Web Francas ainsi que pour des brochures d'information ou de présentation des Francas, montages Power Point, vidéo, dossiers internes aux Francas.

Les légendes accompagnant la reproduction des photographie(s) ne devront pas nuire à l'image de mon enfant ni porter atteinte à sa réputation ou à sa vie privée.

Date.....

Signature

Règlement intérieur et engagement de l'autorité parentale

Je soussigné(e) M/Mme....., responsable légal de l'enfant, certifie avoir reçu et pris connaissance du règlement intérieur du centre de loisirs et j'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis. De plus, je m'engage à procéder aux modifications nécessaires en cas de changement de situation de mon enfant.

Date.....

Signature

précédée de la mention « lu et approuvé »

CONTACT:

Mme WELSCH Estelle, Directrice du centre de loisirs éducatifs des Francas des Vosges pour la Commune de SAINT-MICHEL-SUR-MEURTHE

- Mail : clestmichel@francas-vosges.org

Association Départementale des Francas des Vosges
7 quartier de la Magdeleine - 88000 EPINAL
Tél: 03 29 82 48 08 - E-mail: contact@francas-vosges.org