

Année scolaire 2019-2020

La constitution de ce dossier vous permet d'inscrire votre/vos enfant(s) aux services suivants :

- Accueil périscolaire à l'école élémentaire (avant et après l'école)
- Accueil de loisirs du mercredi (en journée)
- Accueil de loisirs vacances scolaires et séjours

FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX (1 document par famille)

Constitution de la fratrie : nom et prénom : _____ Age : _____
nom et prénom : _____ Age : _____
nom et prénom : _____ Age : _____
nom et prénom : _____ Age : _____

Mère : Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville et CP : _____ @ : _____

N°portable : _____ N°fixe : _____

Profession : _____ N°pro : _____

Père : Nom: _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville et CP : _____ @ : _____

N°portable : _____ N°fixe : _____

Profession : _____ N°pro : _____

Autre responsable légal :

Nom: _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville et CP : _____ @ : _____

N°portable : _____ N°fixe : _____

Profession : _____ N°pro : _____

Régime de couverture social :

Régime général, n°allocataire CAF : _____

Régime MSA, n°allocataire MSA : _____

Le tarif maximum sera automatiquement appliqué aux familles qui ne fourniront pas un justificatif de leur quotient familial

Personnes, autres que les parents, autorisées à prendre votre/vos enfants et à prévenir en cas d'urgence :

Nom et prénom : _____ n° de tel : _____

Nom et prénom : _____ n° de tel : _____

Nom et prénom : _____ n° de tel : _____

Nom et prénom : _____ n° de tel : _____

Nom et prénom : _____ n° de tel : _____

AUTORISATIONS et ATTESTATIONS

Je soussigné(e) _____ , responsable légale, autorise :

Mon/mes enfant(s) à :

→ Participer aux activités organisées par l'association (transport y compris)

→ Participer aux sorties

→ Voyager en voiture individuelle ou par moyen de transport collectif

L'association organisatrice à :

→ Présenter mon/mes enfant(s) à un médecin en cas de soin à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie.

(Nous nous engageons à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels)

→ A photographier ou filmer mon/mes enfant(s) : **oui non** (*rayez la mention inutile*)

(Les photos et vidéos seront utilisées à des fins uniquement pédagogique et pour les outils de communication de l'association Familles Rurales de Rognes)

J'autorise le personnel administratif de l'association Familles Rurales de Rognes à accéder à mon espace personnel CAF PRO ou MSA PRO pour prendre connaissance de mon quotient familial.

Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils de loisirs de l'association Familles Rurales de Rognes. Et m'engage à respecter toutes les conditions de celui-ci. Ainsi qu'avoir pris connaissance des tarifs en vigueur et m'engage à régler les prestations relatives aux différentes présences de mon/mes enfant(s).

Date et Signature

FICHE SANITAIRE (1 document par enfant)

Nom et prénom du ou des responsables légaux : _____

N° de téléphone : Père _____ Mère _____

Pour les collégiens et lycéens : Mail du jeune : _____

Téléphone personnel du jeune : _____

L'enfant

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Classe à la rentrée 2019/2020 : _____

Garçon – Fille (*rayez la mention inutile*)

Vaccination

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DERNIER RAPPEL | VACCINS RECOMMANDES | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------|----------------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Rubéole Oreillons Rougeole (ROR) | |
| Tétanos | | | | Coqueluche | |
| Poliomyélite | | | | BCG | |
| | | | | Autres (préciser) | |

Joindre impérativement une copie des vaccinations

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

Renseignements médicaux concernant l'enfant

→ L'enfant présente-t-il des troubles de santé ?

Allergies alimentaires : Oui Non Préciser à quoi : _____

Allergies Médicamenteuses : Oui Non Préciser à quoi : _____

Autres allergies : Oui Non Préciser à quoi : _____

Asthme : Oui Non

Diabète : Oui Non

Epilepsie : Oui Non

Autres : Oui Non Préciser : _____

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

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament de pourra être administré sans ordonnance.**

→ Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

→ Un PAI, protocole d'accueil individualisé a-t-il été signé avec l'établissement scolaire : Oui Non
Si oui, fournir au dossier une copie du PAI.

→ L'enfant porte-t-il : des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, précisez :

→ Natation : L'enfant sait-il nager ? Oui Non

→ J'autorise mon enfant à se baigner dans le cadre de l'accueil de loisirs ? Oui Non

→ Nom et Téléphone du médecin traitant :

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

Date et Signature :



ASSOCIATION
DE ROGNES



N° adhérent :
2020

« Conformément à la loi Informatique et libertés ainsi qu'au règlement général sur la protection des données, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement de vos données à caractère personnel ».

Conjoint 1 Nom : Prénom :
 Conjoint 2 Nom : Prénom :
 Adresse :
 Code postal : Commune :
 Tél. : E-mail :

Adhère à l'association locale de :
 Affilié à la fédération départementale de :
 Date d'adhésion (ou renouvellement) :

Fonction dans l'association :

Conjoint 1
 Président Trésorier Secrétaire
 Vice-Président Membre du Bureau Membre du Conseil d'Administration
 Conjoint 2
 Président Trésorier Secrétaire
 Vice-Président Membre du Bureau Membre du Conseil d'Administration

Situation de famille : marié(e) passé(e) vie maritale célibataire veuf(ve) divorcé(e)
 Date de naissance des conjoints : Conjoint 1 : Conjoint 2 :

Enfant(s) :
 Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :

Nombre d'enfant(s) handicapé(s) majeur(s) :

Régime social : Conjoint 1 : Général Spécial MSA Autre Inconnu
 Conjoint 2 : Général Spécial MSA Autre Inconnu

Les activités des conjoints :

| Conjoint 1 | Conjoint 2 | Conjoint 1 | Conjoint 2 |
|-----------------------|---|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> parent au foyer | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> retraité |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> demandeur d'emploi | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> cadre |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> profession libérale | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> exploitant agricole |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> salarié agricole | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> étudiant |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> ouvrier | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> fonctionnaire d'état |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> enseignant | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> fonctionnaire hospitalier |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> fonctionnaire territorial | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> artisan |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> employé | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> chef d'entreprise |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> commerçant | | |

Accepte de recevoir les informations
du réseau Familles Rurales :
 Abonnement Vivre Mieux :
 Signature :

N° adhérent :
2020

Volet association



Conjoint 1 Nom : Prénom :
 Conjoint 2 Nom : Prénom :
 Adresse :
 Code postal : Commune :
 Tél. : E-mail :