



ASSOCIATION 123 SOLEIL

FICHE DE RENSEIGNEMENT

NOM DE L'ENFANT.....
PRÉNOM DE L'ENFANT
DATE DE NAISSANCE :/...../..... FILLE GARÇON
CLASSE :

SITUATION FAMILIALE

GARDE ALETERNÉE *si oui merci de fournir le jugement : OUI NON

RESPONSABLE LÉGAL 1 : PÈRE MÈRE AUTRE RESPONSABLE LÉGAL 2 : PÈRE MÈRE AUTRE

AUTORITÉ PARENTALE OUI NON AUTORITÉ PARENTALE OUI NON

NOM : NOM :

PRÉNOM : PRÉNOM :

PROFESSION : PROFESSION :

ADRESSE:..... ADRESSE:.....

.....

CODE POSTAL..... CODE POSTAL.....

COMMUNE..... COMMUNE.....

☎TÉL. PORTABLE..... ☎TÉL. PORTABLE.....

TÉL TRAVAIL : TÉL TRAVAIL :

ADRESSE MAIL @ : ADRESSE MAIL @ :

.....

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (autre que parents)

NOM ET PRENOM : N° DE TELEPHONE.../...../...../...../.....

LIEN DE PARENTÉ

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

DANS LE CAS OÙ LES PARENTS SONT INJOIGNABLES, CES PERSONNES SERONT SUSCEPTIBLES D'ÊTRE CONTACTÉES
POUR VENIR RÉCUPÉRER L'ENFANT

SI LA PERSONNE EST MINEURE MERCI DE FOURNIR UN JUSTIFICATIF ECRIT

1 : NOM- PRÉNOM..... TÉL:..... LIEN DE PARENTÉ :.....

2 : NOM- PRÉNOM..... TÉL:..... LIEN DE PARENTÉ :.....

3 : NOM- PRÉNOM..... TÉL:..... LIEN DE PARENTÉ :.....

4 : NOM- PRÉNOM..... TÉL. :..... LIEN DE PARENTÉ :.....

PERSONNES INTERDITES DE VENIR CHERCHER L'ENFANT

1 : NOM- PRÉNOM..... LIEN DE PARENTÉ :.....

2 : NOM- PRÉNOM..... LIEN DE PARENTÉ :.....

ALIMENTATION - SANTÉ

VOTRE ENFANT MANGE-T-IL DE LA VIANDE : OUI NON MON ENFANT A UN P.A.I. : OUI NON

*SI VOTRE ENFANT NE MANGE PAS DE PORC, VOUS DEVEZ COCHER SANS VIANDE

VOTRE ENFANT A-T-IL UNE NOTIFICATION DE LA MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES

(MDPH) : OUI NON

INFORMATIONS CAF

N° D'ALLOCATAIRE CAF :

LES AUTORISATIONS SPÉCIFIQUES À L'ÉLÉMENTAIRE

AUTORISE MON ENFANT À RENTRER SEUL APRÈS LA CLASSE

MERCİ DE PRÉCISER LES JOURS:

LUNDI MARDI MERCREDI JEUDI VENDREDI

N'AUTORISE PAS

LES AUTORISATIONS

- J'AUTORISE
 JE N'AUTORISE PAS
- LE PERSONNEL À SORTIR MON ENFANT DE L'ENCEINTE DE L'ÉTABLISSEMENT POUR LES SORTIES EN GROUPE.
- J'AUTORISE
 JE N'AUTORISE PAS
- LE PERSONNEL À PHOTOGRAPHER OU FILMER MON ENFANT DANS LA MESURE OÙ LES FILMS ET IMAGES NE SERONT UTILISÉS À AUCUN AUTRE USAGE QU'UN USAGE ÉDUCATIF OU INHÉRENT À LA VIE DE L'ÉTABLISSEMENT.
- J'AUTORISE
 JE N'AUTORISE PAS
- L'ÉQUIPE D'ANIMATION À ADMINISTRER LES ÉVENTUELLES MÉDICATIONS PRESCRITES PAR LE MÉDECIN, AVEC ORDONNANCE ET DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ DE LA FAMILLE AUPRÈS DU RESPONSABLE.
- J'AUTORISE
 JE N'AUTORISE PAS
- MON ENFANT À RENTRER SEUL APRÈS LA CLASSE. (JOINDRE UNE AUTORISATION ÉCRITE DES PARENTS)
- J'AUTORISE
 JE N'AUTORISE PAS
- L'ACCÈS À MON QUOTIENT FAMILIAL SUR CAFPRO.
- J'AUTORISE L'ÉQUIPE DE DIRECTION À PRENDRE, EN CAS D'URGENCE, LES MESURES (TRAITEMENT MÉDICAL, HOSPITALISATION) RENDUES NÉCESSAIRES PAR L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ENFANT.

J'AI PRIS CONNAISSANCE DU RÈGLEMENT ET M'ENGAGE À EN RESPECTER LES TERMES.

**JE SOUSSIGNÉ(E), RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT
DÉCLARE EXACT L'ENSEMBLE DES RENSEIGNEMENTS PORTÉS SUR LA FICHE DE
RENSEIGNEMENT ET LA FICHE SANITAIRE DE LIAISON.**

DATE :

SIGNATURE OBLIGATOIRE :

NOM DE L'ENFANT:.....

PRENOM DE L'ENFANT :

DATE DE NAISSANCE:.....

SEXE : FILLE GARÇON **EN CAS
D'URGENCE****RESPONSABLE LÉGAL 1 DE L'ENFANT :**

PORT : /..... /..... /..... TRAVAIL : /..... /..... /.....

DOMICILE : /..... /..... /.....

RESPONSABLE LÉGAL 2 DE L'ENFANT :

PORT : /..... /..... /..... TRAVAIL: /..... /..... /.....

DOMICILE : /..... /..... /.....

AUTRES PERSONNES POUVANT ÊTRE CONTACTÉES EN CAS D'URGENCE ET DE PRISE DE DÉCISION :

NOM/PRÉNOM : ☎ : /..... /..... /..... LIEN :

NOM/PRÉNOM : ☎ : /..... /..... /..... LIEN :

VACCINATION OBLIGATOIREDIPHTÉRIE, TÉTANOS ET POLIOMYÉLITE (DTP) COQUELUCHE INFECTIONS INVASIVES À PNEUMOCOQUE HEPATITE B MÉNINGOQUE DE SÉROGROUPE C ROUGEOLE, OREILLONS ET RUBÉOLE INFLUENZA DE TYPE B INFECTIONS INVASIVES À HAEMOPHILUS **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**• MON ENFANT BÉNÉFICIE D'UN P.A.I. (PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ) OUI NON

*SI OUI, JOINDRE LE PROTOCOLE, L'ORDONNANCE DU MÉDECIN ET LES MÉDICAMENTS NÉCESSAIRES (BOÎTES DE MÉDICAMENTS AVEC LA NOTICE DANS LEURS EMBALLAGES D'ORIGINE MARQUÉES AU NOM DE L'ENFANT).

MON ENFANT EST :

• ALLERGIQUE, PRÉCISEZ L'ALLERGIE :

• ASTHMATIQUE, PRÉCISEZ LA CAUSE :

• SUJET À D'AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ NÉCESSITANT UNE SURVEILLANCE PARTICULIÈRE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION...). PRÉCISEZ:

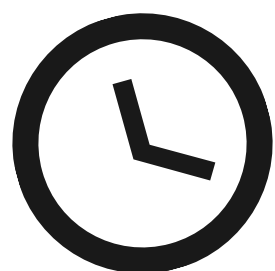
• PORTEUR DE LUNETTES, LENTILLES DE CONTACT, APPAREIL DENTAIRE, PROTHÈSES AUDITIVES OU AUTRE APPAREIL.

PRÉCISEZ :

NOM DU MÉDECIN TRAITANT : N° DE TÉLÉPHONE : /..... /..... /.....

SIGNATURE OBLIGATOIRE :

LES HORAIRES VOUS RESPECTEREZ



LE CLAE EST OUVERT

DU LUNDI AU VENDREDI :
MATIN : DE 7H30 À 8H20,
MIDI : DE 11H30 À 13H35
SOIR : ET DE 16H À 18H30.

LES MERCREDIS MIDI DE 11H30 À 13H30.

L'ACCUEIL DE LOISIRS EXTRASOLAIRE (CLSH) ACCUEILLE VOS ENFANTS :
LES MERCREDIS APRÈS-MIDI DE 13H30 À 18H30
LES VACANCES SCOLAIRES DU LUNDI AU VENDREDI DE 8H À 18H30.

LES CONSIGNES D'INSCRIPTION VOUS SUIVREZ

- CONCERNANT LE CLSH : S'ACQUITTER DU RÈGLEMENT AU COMPLET LE JOUR DE L'INSCRIPTION (TARIF JOURNÉE + REPAS). SI VOUS EFFECTUEZ UNE INSCRIPTION PAR TÉLÉPHONE OU PAR MAIL, VOUS AVEZ UN DÉLAI DE 7 JOURS POUR EFFECTUER LE RÈGLEMENT AFIN DE VALIDER LA RÉSERVATION. TOUS LES RÈGLEMENTS DEVRONT ÊTRE EFFECTUÉS PAR CHÈQUE, ESPÈCE (PRÉVOIR L'APPOINT) OU VIREMENT. LE RÈGLEMENT PEUT SE FAIRE EN TROIS FOIS, PAR CHÈQUE.
- CONCERNANT LE CLAE : IL EST POSSIBLE DE RÉSERVER VIA LE DUI (DOSSIER UNIQUE INTERACTIF) SUR LE SITE INTERNET MONTLOULOUSE.FR OU DIRECTEMENT AUPRÈS DES RESPONSABLES CLAE.
- SI VOUS SOUHAITEZ QUE VOTRE ENFANT SOIT PRIS EN CHARGE PAR LES ANIMATEURS AVANT LA CLASSE, PENDANT LE TEMPS DE RESTAURATION ET APRÈS LA CLASSE VOUS DEVEZ OBLIGATOIREMENT L'INSCRIRE.
DANS LE CAS OÙ VOTRE ENFANT N'EST PAS INSCRIT AU CLAE:
IL NE POURRA PAS ÊTRE ACCUEILLI LE MATIN AVANT LA CLASSE, IL RESTERA SOUS LA RESPONSABILITÉ DE L'ENSEIGNANT APRÈS LA CLASSE À 11H30 ET/OU 16H.



CONCERNANT VOS ENFANTS



- **AUCUN MÉDICAMENT NE PEUT ÊTRE DONNÉ (SAUF DANS LE CAS D'UN PAI, OU PRESCRIPTION MÉDICALE AVEC ORDONNANCE ET DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ DE LA FAMILLE AUPRÈS DU RESPONSABLE).**
- **VOUS DEVEZ FAIRE PART AU RESPONSABLE DU CLAE DE TOUTES NOUVELLES INFORMATIONS CONCERNANT L'ÉTAT DE SANTÉ DE VOTRE ENFANT.
AUCUN MÉDICAMENT NE DOIT ÊTRE LAISSÉ DANS LE SAC DES ENFANTS.**
- **LES POUX FONT ENCORE SOUVENT DES APPARITIONS DANS LES COLLECTIVITÉS. SI VOUS CONSTATEZ LEUR PRÉSENCE, VEUILLEZ NOUS LE SIGNALER ET TRAITER VOTRE ENFANT. UNE SURVEILLANCE RIGOUREUSE EST NÉCESSAIRE POUR ÉVITER LA PROPAGATION.**
- **LES BONBONS, LES CHEWING-GUMS, LES GÂTEAUX APÉRITIFS ET LES BOISSONS GAZEUSES NE SONT PAS AUTORISÉS POUR LE GOÛTER. PRIVILÉGIEZ LES FRUITS, L'ANIMATEUR POURRA LES COUPER.**
- **AUCUN ENFANT NE POURRA PARTIR SEUL SANS AUTORISATION ÉCRITE.**
- **AUCUN ENFANT MINEUR NE PEUT VENIR RÉCUPÉRER VOTRE ENFANT, SAUF AUTORISATION PARENTALE ÉCRITE.**
- **DÈS L'ENTRÉE DANS L'ÉCOLE DU PARENT, TUTEUR OU PERSONNE HABILITÉE À VENIR CHERCHER L'ENFANT À L'ACCUEIL DE LOISIRS, LE PERSONNEL SE DÉCHARGE DE TOUTE RESPONSABILITÉ.**
- **TOUS LES SOIRS, LE CAHIER DE DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ DOIT ÊTRE REMPLI ET SIGNÉ PAR LA PERSONNE QUI RÉCUPÈRE L'ENFANT.**
- **TOUS LES SOIRS LA CARTE MUNIE DU CODE BARRE DE L'ENFANT DOIT ÊTRE REMISE À L'ANIMATEUR SITUÉ À L'ACCUEIL.**
- **SEULES LES PERSONNES DONT LE NOM FIGURE SUR LA FICHE D'INSCRIPTION DE L'ENFANT SONT AUTORISÉES À VENIR RÉCUPÉRER L'ENFANT.**
- **UNE PIÈCE D'IDENTITÉ POURRA ÊTRE DEMANDÉE AUX PERSONNES VENANT RÉCUPÉRER UN ENFANT.**
- **LA STRUCTURE N'EST PAS RESPONSABLE EN CAS DE PERTE OU DE VOL DE VÊTEMENT OU D'OBJET PERSONNEL, CEUX-CI DOIVENT ÊTRE MARQUÉS AU NOM DE L'ENFANT.**
- **LES ENFANTS NE DOIVENT PAS APPORTER DES JOUETS PERSONNELS OU OBJETS RISQUANT D'ÊTRE DANGEREUX POUR LUI-MÊME OU POUR LES AUTRES, SAUF « LE DOUDOU ET LA SUCETTE POUR LES MATERNELS ».**
- **TOUTE CONTESTATION, QUELLE QU'ELLE SOIT DOIT ÊTRE ADRESSÉE DIRECTEMENT AUX DIRECTEURS. IL EST STRICTEMENT INTERDIT AUX PARENTS D'INTERVENIR AUPRÈS DES ENFANTS POUR RÉGLER DES CONFLITS, AUQUEL CAS NOUS VOUS VERRONS DANS L'OBLIGATION D'INTERDIRE L'ACCÈS À L'ACCUEIL DE LOISIRS.**
- **L'ASSOCIATION A LA POSSIBILITÉ D'EXCLURE UN ENFANT AFIN DE PROTÉGER SES PAIRS, LUI-MÊME ET L'ÉQUIPE D'ANIMATION.**
- **VOUS DEVEZ OBLIGATOIREMENT NOUS INFORMER DE TOUT CHANGEMENT DANS LA FICHE DE RENSEIGNEMENT DE VOTRE ENFANT : N° DE TÉLÉPHONE, MODIFICATION DES PERSONNES AUTORISÉES, DIFFICULTÉS DE SANTÉ...**
- **DANS LE CAS D'UNE GARDE ALTERNÉE, VOUS DEVEZ IMPÉRATIVEMENT INFORMER LE RESPONSABLE DE STRUCTURE ET LUI FOURNIR LA PHOTOCOPIE DU JUGEMENT.**