

FICHE INDIVIDUELLE 2023-2024

VOTRE ENFANT

NOM, Prénom.....

Adresse :

.....

Né (e) le : Fille
Garçon

Classe scolaire 2023/2024 :.....

CAF MSA

N°CAF/MSA

QF

Enfant bénéficiaire de l'AEEH : OUI NON

Si oui N° AEEH :

J'autorise le personnel administratif à consulter
« CAF Compte partenaire » : OUI NON

Assurance (compagnie et contrat à noter) :
.....
.....

Accueils collectifs de mineurs souhaités

Saint Marcellin Vercors Isère Communauté

Mercredi :

- ALSH 3-6 ans à Vinay
- ALSH 6-12 ans à Vinay
- ALSH 3-12 ans à Saint Quentin Sur Isère

Vacances :

- ALSH 3-6 ans à Vinay
- ALSH 6-12 ans à Vinay
- ALSH 3-12 ans à Saint Quentin Sur Isère
- ALSH 3-12 ans à Cognin les Gorges
- Accueil Adolescents à Vinay

Association Espace Anim'

(15€ d'adhésion par année scolaire et par famille à régler à l'association pour avoir accès aux accueils proposés)

Mercredi :

- ALSH 3-12ans à Saint Romans

Vacances :

- ALSH 3-6 ans à Saint Romans
- ALSH 6-12 ans à Saint Romans

- Accueil Adolescents à Pont en Royans
(mercredis et vacances scolaires)

RESPONSABLES LEGAUX

NOM, Prénom : _____

Lien de parenté : _____

Adresse : _____

Téléphones : _____

Mail : _____

NOM, Prénom : _____

Lien de parenté : _____

Adresse : _____

Téléphones : _____

Mail : _____

Je soussigné (e).....responsable légal (e) de l'enfant, déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'année en cours des accueils collectifs de mineurs de Saint Marcellin Vercors Isère et de l'association Espace Anim' et m'engage à le/les respecter.

Règlements intérieurs consultables sur le site internet de SMVIC et disponibles sur les lieux d'accueils.

Date :

Signature du représentant légal :



ENFANT

NOM : PRÉNOM :
 DATE DE NAISSANCE:..... NOM DU MÉDECIN TRAITANTTel.....
 Autorisation de rentrer seul OUI NON
 Autorisation de filmer ou photographier votre enfant : OUI NON (à destination de la communication interne de l'ACM)

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

NOM, PRÉNOM : NOM, PRÉNOM :
 TÉLÉPHONE : TÉLÉPHONE :

AUTRES PERSONNES A CONTACTER (autres que le/les responsable(s) de l'enfant)

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté avec l'enfant	Prévenir en cas d'urgence (Oui / Non)	Habilité-e à récupérer l'enfant (oui/ non)

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS	oui	non	DATES DU DERNIER RAPPEL (Jour-mois-année)	VACCINS	DATES DU DERNIER RAPPEL (Jour-mois-année)
<i>Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche (DTPC) Haemophilus B</i>				<i>pneumocoque</i>	
<i>Méningocoque C</i>				<i>Rubéole-Oreillons-Rougeole</i>	
<i>Hépatite B</i>				<i>Autres (préciser)</i>	

L'ENFANT A-T-IL UN PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (P.A.I.) ? OUI NON

Si OUI merci de fournir le document complet.

L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES (médicaments, alimentaires) ? OUI NON

CAUSES	MESURES À PRENDRE & SIGNES VISIBLES

DIFFICULTÉS DE SANTÉ (asthme, maladie, crises convulsives, trouble du comportement, opérations, etc.)

DIFFICULTÉS/ ANTÉCÉDENTS	MESURES À PRENDRE & SIGNES VISIBLES

RECOMMANDATIONS UTILES (régime alimentaire, comportement et adaptation de l'accueil, port de lunettes, etc.)

Toutes informations à transmettre à l'équipe pour un meilleur accueil individualisé de votre enfant

.....

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 mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale,...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :