

NOM :

PRENOM :

FICHE DE RENSEIGNEMENT

ESPACE LOISIRS DES JAQUONS
258 avenue du zoo
06700 SAINT LAURENT DU VAR
04.92.12.88.75
jaquons@agasc.fr

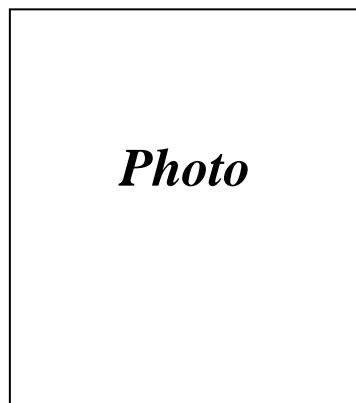
LES DOCUMENTS A FOURNIR	Cadre réservé à l'administration		
	Oui	Non	Date
<input type="checkbox"/> La fiche de renseignements dument remplie			
<input type="checkbox"/> La photo d'identité de mon enfant (récente)			
<input type="checkbox"/> La photocopie des vaccinations DTP (à jour)			
<input type="checkbox"/> L'assurance responsabilité civile / extrascolaire			
<input type="checkbox"/> L'attestation de droits CAF ou MSA ou AUTRES (joindre la notification de paiement)			
<input type="checkbox"/> OU La photocopie de vos derniers avis d'impositions			
<input type="checkbox"/> La photocopie du livret de famille			
<input type="checkbox"/> La photocopie du Protocole d'Accueil Individualisé (si PAI)			



REGIME D'APPARTENANCE		
REGIME :	<input type="radio"/> CAF	<input type="radio"/> MSA <input type="radio"/> Autres :
N° d'allocataire :		
Autorisation de consulter mon quotient familial sur le site de CAFPRO ?	Oui	Non

RESPONSABLES LEGAUX		
Autorité parentale conjointe (entourez la réponse) :	Oui	Non
MERE	PERE	
NOM :	NOM :	
PRENOM :	PRENOM :	
N° téléphone :	N° téléphone :	
Situation de famille :	Situation de famille :	

SPORT / LOISIRS / CULTURE / SOCIAL



MON ENFANT		
NOM :		
PRENOM :		
Date de naissance :		
Lieu de naissance :		
Ecole fréquentée :		
Classe :		
	Oui	Non
A-t-il un PAI ?		
Sait-il nager ?		

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX			
Nom du médecin traitant :			
N° DE SECURITE SOCIAL (celui sous lequel est rattaché l'enfant) :			
VACCINS OBLIGATOIRE	Nom du vaccin	Date du vaccin	Rappel prévu :
Diphtérie (D) Tétanos (T) Poliomyélite (P)			
VACCINS RECOMMANDES	Nom du vaccin	Date du vaccin	Rappel prévu :
Rougeole Oreillons Rubéole			
Coqueluche			
Hépatite B			
Autres (précisez) :			

A COMPOSITION DU FOYER DE MON ENFANT			
o MONSIEUR	o MADAME	o MONSIEUR	o MADAME
NOM :		NOM :	
PRENOM :		PRENOM :	
Père – Mère – Tuteur – Autre :		Père – Mère – Tuteur – Autre :	
N° téléphone :		N° téléphone :	
N° téléphone :		N° téléphone :	
Mail :		Mail :	
Profession :		Profession :	
Employeur :		Employeur :	
N° téléphone professionnel :		N° téléphone professionnel :	
Adresse :			

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX					
L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?	Oui	Non	L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?	Oui	Non
Rubéole			Coqueluche		
Otite			Rougeole		
Varicelle			Angine		
Scarlatine			Oreillons		
Rhumatisme					
Autres (maladies, hospitalisation, opérations ...) :					

ASTHME, ALLERGIES, PATHOLOGIES ... (Protocole d'Accueil Individualisé, à valider avec la Direction)			
			Cadre réservé à l'administration <i>Procédure d'urgence ? Besoins spécifiques ? Panier repas ? Traitement à la maison ?</i>
Asthme (entourez la réponse) :	Oui	Non	
Allergies (précisez) :	Oui	Non	
Intolérances alimentaires (précisez) :	Oui	Non	
Autres :			Cadre réservé à l'administration <i>Procédure d'urgence ? Besoins spécifiques ? Panier repas ? Traitement à la maison ?</i>
Reconnaissance MDPH	Oui	Non	
Bénéficie-t-il d'une AVS ?	Oui	Non	
Percevez-vous l'AAEH ?	Oui	Non	
Percevez-vous la PCH ?	Oui	Non	
Suivi par un service spécialisé (CESSAD, Hôpital de jour...)?	Oui	Non	
Besoins spécifiques ?	Oui	Non	

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER MON ENFANT (Personnes majeures uniquement)	
Nom & Prénom :	N° téléphone :
Nom & Prénom :	N° téléphone :
Nom & Prénom :	N° téléphone :
Nom & Prénom :	N° téléphone :
Nom & Prénom :	N° téléphone :

Je soussigné(e), , certifie exact les renseignements communiqués dans ce document.
 J'autorise la publication de photos sur les documents, médias et site de l'AGASC.
 J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités du centre et autorise le (la) directeur (trice) de l'ACM à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.
 Je m'engage au respect du Règlement Intérieur de l'ACM disponible sur demande)

Fait à St Laurent du Var, le

Signature