

ALLERGIES : Fournir un Plan d'Accueil Individualisé ou une ordonnance

Asthme : oui non

Médicamenteuse : oui non

Alimentaire : oui non

Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....
.....

Recommandations utiles (difficultés de santé, problèmes familiaux, port de lunettes et/ou lentilles, intolérance alimentaire, pathologie réelle, etc....) à préciser :

.....
.....

J'autorise

Je n'autorise pas

☞ L'association « Les Quatre Saisons » à transporter mon enfant en fonction des activités que celle-ci propose. En contrepartie, l'association s'engage à utiliser un véhicule assuré et adapté au transport d'enfants.

J'autorise

Je n'autorise pas

☞ L'utilisation de l'image de mon enfant par l'association « Les Quatre Saisons » dans le cadre de l'illustration de ses plaquettes et de son site internet.

☞ Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, déclare avoir en sa possession et avoir « lu et accepté » le règlement intérieur de la structure et, autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales...) rendues nécessaires pour l'état de mon enfant.

Fait à : **Le :**

Signature

PIECES A REMETTRE :

Attestation CAF (ou autorisation CAFPRO) ou MSA pour les résidents Vendéens :

Copie des 3 pages du carnet de vaccinations (même vierge(s)) dont maladies contagieuses ou attestation d'un médecin comme quoi l'enfant est à jour de ces vaccinations :

Justificatif de domicile si vous bénéficiez du tarif « Communes » * :

Certificat médical (datant de l'année en cours ou de moins de 6 mois et valable pour l'année civile) « Apte à la vie en collectivité et à la pratique du sport en accueil de loisirs » :

**Tarif « Communes » réservé aux habitants de : St Vincent/Jard, Jard/Mer, Longeville/Mer, St Hilaire la Forêt, Le Bernard et Avrillé.*



FICHE DE RENSEIGNEMENT

Réservé à l'administration

ADHESION 2020

N°

Réglée par : Chèque
Espèces
Virement
Facture

Tarifcation :

Communes
Hors Communes

ENFANT ADOLESCENT

Sexe :

M

F

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ETABLISSEMENT SCOLAIRE : CLASSE :

N° SECURITE SOCIALE (AUQUEL EST ASSURÉ L'ENFANT) :

CAF de la Vendée : MSA 85 : AUTRES (Hors département / autre régime) :

Autorise l'accès à CAFPRO pour les allocataires CAF Vendée seulement :

N° Allocataire : Quotient familial :

PARENTS

FAMILLE D'ACCUEIL

REPRESENTANT LEGAL

Situation familiale :

Responsable légal de l'enfant : Père Mère Autres (Nom :

MERE

PERE

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

Code Postal :

Code Postal :

Ville :

Ville :

☎ : 📞 :

☎ : 📞 :

@ :

@ :

Profession :

Profession :

☎ Pro :

☎ Pro :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Lien « de parenté » avec l'enfant : ☎ :

Souhaitez-vous recevoir votre facture et relance de façon dématérialisée : Oui Non

Adresse ou courriel pour recevoir votre facture :

..... Code Postal : Ville :