

Santé

L'enfant est bénéficiaire de l'AAEH¹ : oui non

L'enfant fait-il la sieste en début d'après-midi ? oui non
Recommandations (doudous, change,...).....
.....

L'enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique (sans porc, sans viande, allergies,...) ? oui non
Si oui, lequel ?
.....
.....

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

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

VACCINATIONS

Merci de joindre **impérativement** la photocopie des pages vaccinations du carnet de santé de votre enfant.

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

ALLERGIES

Alimentaires oui non
Médicamenteuses oui non
Autres (animaux, plantes, pollen) oui non

Si oui, préciser la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.
.....
.....
.....
.....

HOSPITALISATIONS, ANTECEDENTS MEDICAUX, MALADIES CONTRACTEES (*asthme, varicelle, rubéole, coqueluche, eczéma, rougeole,...*)
.....
.....
.....
.....

MEDECIN TRAITANT

Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone :
Spécialité :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

(*Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil,...*)
.....
.....
.....

¹ Allocation d'Éducation Enfant Handicapé

Autorisations

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Mesures en cas d'urgence | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Hospitalisation | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Centre hospitalier : | | |
| Participation aux activités | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Photographies et films | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Déplacement dans le cadre des activités | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Partir seul de l'accueil de loisirs | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Si oui, heure de départ de la structure : | | |

Autorisation parentale

A signer obligatoirement, votre enfant ne pourrait être accueilli en l'absence de cette autorisation.

Je soussigné(e) Madame, Monsieur père, mère, tuteur :

- Certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- Déclare avoir lu et accepté sans réserve le règlement intérieur des ALSH, autorisant l'association à en appliquer les termes.
- Déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement du centre.
- M'engage à fournir les documents annexes nécessaires :
 - o Copie des pages vaccinations du carnet de santé de mon enfant.
 - o Autorisation de prélèvement SEPA et le RIB correspondant.
 - o Le cas échéant attestation bénéficiaire AEEH
 - o Le cas échéant, le PAI ou tous documents médicaux justifiés par l'état de santé spécifique de mon enfant.
- M'engage à informer le centre et l'association de toute modification des informations contenues dans ce dossier.

Fait à _____ le _____

Signature, précédée de la mention "lu et approuvée"

Mandat de prélèvement SEPA

A remplir obligatoirement

Association Ville Auvergne

ICS n°FR76ZZZ89C31F

Armandon 43230 ST PREJET ARMANDON

En signant ce mandat, vous autorisez le créancier 'Association Ville Auvergne' à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier 'Association Ville Auvergne'. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le prélèvement sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Référence unique du mandat

Cadre reserve à l'association

RUM

Identité et coordonnées du débiteur

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Compte à débiter

Joindre obligatoirement un RIB

IBAN :

BIC :

Type de paiement

Paiement récurrent :

Paiement ponctuel :

Fait à :

le :

Signature :

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectifications tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.