



RAP ALSH - FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

NOM DE L'ENFANT : **Prénom** :

Date de naissance :

Nom et prénom du père/tuteur :

Nom et prénom de la mère/ tutrice :

Adresse :

.....

Téléphone personnel :

Portable père : Portable mère :

Téléphone travail père : mère :

Adresse email :@.....

Allocataire : CAF MSA n°allocataire :

Le RAP a la possibilité de consulter votre dossier CAF pour la Loire-Atlantique par Internet, si vous y êtes opposé merci de nous en informer par courrier. Pour les autres allocataires CAF et la MSA, veuillez nous transmettre un justificatif.

Je soussigné(e).....

- autorise mon enfant à participer au(x) activité(s) organisée(s) par le RAP et autorise le RAP à transporter mon enfant sur tout lieu d'activité dans le cadre de ses sorties.

- autorise l'association RAP à photographier ou filmer mon enfant au cours des activités et à pouvoir utiliser ces photos pour ses documents et communication.

- autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant (nom, prénom, n°téléphone)

.....
.....
.....

- autorise mon enfant à repartir seul : oui non



RAP ALSH - FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Médecin traitant (nom et téléphone) :

.....

Date du dernier vaccin DT POLIO ou PENTACOQ* : Poids de l'enfant :kg

** pas d'inscription possible sans la date du vaccin ; en cas de contre-indication joindre un certificat médical.*

RECOMMANDATIONS UTILES

Pour le bien-être de mon enfant, je m'engage à informer le RAP de tout traitement et recommandations médicales en cours (régimes alimentaires, allergies, etc.) :

.....
.....
.....

Si l'enfant suit un traitement médical pendant le séjour, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

Lunettes appareil dentaire allergies énurésie prothèses auditives

Merci de préciser la conduite à tenir et/ou les précautions à prendre.....

.....
.....
.....

EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e) autorise l'association RAP à prendre toute disposition jugée indispensable (transport, soin, hospitalisation ou intervention chirurgicale) pour mon enfant.

Personne à avertir (nom et téléphone) :

.....

Le RAP décline toutes responsabilités en cas d'incident consécutif à une non information.

Je déclare que tous les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et m'engage à prévenir le RAP de toute modification.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du Centre de loisirs.

Fait le, à Signature du représentant légal