

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ENFANT

+6 ans

+12 ans

MERCI DE JOINDRE A CE DOSSIER :
FICHE SANITAIRE / COPIE DES VACCINS / ATTESTATION D'ASSURANCE / JUSTIFICATIF DU
QUOTIENT FAMILIAL / ATTESTATION AEEH

RENSEIGNEMENT DE L'ENFANT

N° ADHERENT : _____ DATE INSCRIPTION : _____

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE ET LIEU DE NAISSANCE DE L'ENFANT : _____ A _____

HANDICAP : NON OUI : _____

BENEFICIAIRE DE L'AEEH : NON OUI : N° _____

ASSURANCE (RESPONSABILITE CIVILE) :

COMPAGNIE : _____ N° _____

JOUR DE LA SEANCE

ATELIERS

MARDI
17H00 – 18H30

MERCREDI
14H00 – 15H30

SAMEDI
10H30 – 12H00

MERCREDI
16H00 – 17H30

STAGE VACANCES



CADRE RESERVE POUR ARCHIPEL

COORDONNEES DU/DES RESPONSABLES DE L'ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

PROFESSION : _____

ADRESSE :

TELEPHONE : _____ _____.

EMAIL : _____

NOM : _____

PRENOM : _____

PROFESSION : _____

ADRESSE :

TELEPHONE : _____ _____.

EMAIL : _____

...art...expression...réflexion...musique...humour...convivialité...





AUTORISATION PARENTALE / ATTESTATION D'ASSURANCE / DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e).....,

Responsable de l'enfant.. ..

* **Autorise mon enfant à participer**, pour l'année scolaire **2024-2025** aux activités dans les locaux d'Archipel (ateliers, jeux, récréation) et aux activités à l'extérieur de la structure (sorties, visites d'expositions et promenade)

* **Autorise mon enfant à sortir seul du centre ARCHIPEL à la fin des activités :**

OUI NON

Si non, merci de préciser les noms et prénoms des personnes qui peuvent venir chercher votre enfant :

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

* **Certifie que mon enfant est bien assuré** à sous le numéro :

Archipel effectue régulièrement des **reportages photos de vos enfants** dans le cadre de ses activités, destinés à être utilisés sur nos supports de communication.

Autorisez-vous cette utilisation ? OUI NON

Fait à Toulouse, le

Signature du (des) responsable(s) légal(aux) :

...art...expression...réflexion...musique...humour...convivialité...

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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