

Acuèlh de lésers Associacion la Clau Besierenca 2018 –2019

TEMPS PERI ESCOLARS / VACANÇAS ESCOLARAS

7, carrièra Rouget de l'Isle 34500 Besièrs tel : 04 67 28 18 53 - 07 83 64 25 20

Domaine Saint Jean d'Aureilhan rue professeur Louis Serre 34500 Besièrs

clau.calandreta@gmail.com

Fuèlh de renshaments

ENFANT(S)

Enfant 1		Enfant 2		Enfant 3	
Nom d'ostal :		Nom d'ostal :		Nom d'ostal :	
Pichòt nom :		Pichòt nom :		Pichòt nom :	
Nascut(da) lo :		Nascut(da) lo :		Nascut(da) lo :	
sèxe :		sèxe :		sèxe :	

Adreiça del(s) enfant(s) :

còdi postal :

Vila :

Lo responsable legal (1)

Lo responsable legal (2)

Parent 1		Parent 2	
Nom d'ostal :		Nom d'ostal :	
Pichòt nom :		Pichòt nom :	
Situacion familiala :		Situacion familiala :	
Profession :		Profession :	
Adreiça :		Adreiça :	
Telefon de le l'ostal :		Telefon de le l'ostal :	
Telefonet (portable) :		Telefonet (portable) :	
E-mail :		E-mail :	
telefon professional :		telefon professional :	
N° de séurité sociale		N° de séurité sociale	
Caisse d'affiliacion :	<input type="checkbox"/> Régime général <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRE :	Caisse d'affiliacion :	<input type="checkbox"/> Régime général <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRE :
N° Allocataire :		N° Allocataire :	

En cas de séparation, qui à la garde légale de(s) enfant(s) :

Précisions éventuelles sur les droits du parent n'ayant pas la garde :

ASSURANCE EXTRASCOLAIRE

Nom assurance :

numéro contrat :

Tel :

*(je m'engage à fournir à l'établissement tout document d'assurance en cas de changement de contrat, et de
Les tenir à jour.)*

PERSONAS AUTORIZADAS A VENIR RECUPERAR L'ENFANT :

Ieu sossignat(da)en qualitat de responsable legal autoriza mon (mes) enfant(s) a partir amb las personas citadas çai-dejós :

Nom d'ostal/pichòt nom :	Qualitat (Grand-parent, ami...)	telefonet	telefon d'ostal
.....
.....
.....
.....
.....

Conformément au règlement intérieur, toute personne, non munie d'une autorisation spécifique et d'une pièce d'identité, ne pourra en aucun cas prendre l'enfant en charge.

Signature :

AUTORIZACION

AUTORISATION DE SORTIE :	OUI	NON
AUTORIZACION DE SORTIDA :	OC	NON
à participer à toutes les sorties organisées par la CLAU		
a partir sol (a) a la tancadura de l'acuèlh (CP-CM2) . <i>à partir seul (s) à la fermeture de l'accueil</i>		
a partir sol(a) entre 5h e 6h15 (CP-CM2) . <i>à partir seul(s) entre 17h et 18h15</i>		
AUTORIZACION FOTOGRAFICAS – DRECH A L'IMAGE	OUI	NON
	OC	NON
<i>autorise la présence de mon (mes) enfant(s) sur des photos ou films ou blog ou internet ou documents sonores dans le cadre des activités scolaires, péri et extra-scolaires, et utilisés à des fins d'exposition ou des publications non commerciales.</i>		
AUTORISATION MEDICALE :	OC	NON
AUTORIZACION MEDICALA	OUI	NON
autoriza los responsables a prene totes las mesuras necessàrias per que mon (mes) enfant(s) receba los suènhs medical e chirurgical totes <i>autorise les responsables à prendre toutes les mesures nécessaires pour que mon enfant reçoive tous les soins médicaux et chirurgicaux</i>		
<i>En votre absence, en cas d'accident grave, acceptez-vous que votre (vos) enfant (s) soit pris en charge par le SAMU ?</i>		
<i>En votre absence, en cas d'accident grave, acceptez-vous que votre (vos) enfant (s) subisse une intervention chirurgicale ?</i>		

Signature

AUTORISATION CAF PRO 2018-2019

Je soussigné(e) le responsable légal de l'enfant, donne l'autorisation au Président de l'association La Clau Besierenca, d'utiliser mon N° d'allocataire CAF :

afin de consulter le site CAFPRO et de prendre connaissance de mon quotient familial et ainsi d'appliquer le tarif correspondant à ma situation familiale.

A Béziers le
Signature du responsable légal :

ENGAGEMENT DE VOTRE PART

Signatures

Nous reconnaissons avoir lu le règlement intérieur, la charte de la laïcité, et certifions exacts tous les renseignements fournis .	
---	--

DECLARATION SUR L'HONNEUR- ATTESTATION :

Je, soussigné(e)en qualité de responsable légal, déclare que le(s) enfant(s)

-Ne présente(nt) pas de contre-indication à la pratique sportive.

-Qu'il(s) est (sont) apte(s) à la vie en collectivité.

Que les vaccinations sont à jour pour chaque enfant (vaccination DTP obligatoire).

Pour tout problème de santé, un certificat médical précisant la particularité (alimentaire ou autre) et la nécessité d'établir ou non un PAI doit être fourni.

Aucun traitement ne sera donné par les animatrices sans PAI.

L'établissement ne pourra, en aucun cas, être tenu responsable pour tout problème de santé non spécifié par un certificat médical.

Décharge valable pour l'année scolaire 2018-2019.

A....., Le, signature du représentant légal

FICHE SANITAIRE

PRENOM DE L'ENFANT			
Allergies connues ou supposées (alimentaires, médicamenteuses ...)			
Maladies ou interventions (dates)			
Traitement médical chronique si oui, joindre une ordonnance			
PAI			
Régime alimentaire mange t'il du porc ? Mange t'il de la viande ?			
Propreté acquise ou partielle			
Si fille, est-elle réglée ?			
L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?			
varicelle			
scarlatine			
rougeole			
angine			
otite			
coqueluche			
rubéole			
oreillons			
asthme			
Rhumatismes articulaire aigu			

Médecin traitant : Numéro de téléphone :

Personnes à prévenir en cas d'accident et en votre absence :

M..... tél :portable.....

M..... télportable.....

M..... tél.....portable.....

A....., Le, **signature du représentant légal**

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR :

Ce dossier de renseignements et autorisations
La cotisation de 30 €
Assurance scolaire et extra-scolaire avec responsabilité civile 2018/2019
Attestation CAF (ou MSA ou autres) avec QF
Photocopie du livret de famille (pour les nouvelles familles sauf si modification d'un livret de famille)
Documents officiels pour tout cas particulier en matière de garde de l'enfant (joindre les jugements complets).
Un certificat médical spécifique en cas de problèmes particuliers de santé (allergie, régime) un PAI sera mis en place.
Photocopie du carnet de vaccination à jour
Bons VACAF (pour les familles qui en bénéficient)