

Accueil périscolaire et de loisirs **L'Univers des Mésanges** 11 rue d'Alsace

57410 RAHLING Tel: 07 83 94 91 56

Mail: periscolaire.rahling@opal-asso.fr

<u>ENFANT</u>					М	F
Nom, prénom de l'enfant :				Né(e) le :		
Ecole :			Enseignant :	-		Classe:
Repas classique			s végétarien			sans porc
L'enfant sait-il nager ? PARENTS DE L'ENFANT	OUI O	ом 🗆	Piscine autoris	sée : O	טו 🗆	NON
	Parent 1		Responsable	Parent 2		Responsable \Box
Nom, Prénom :						•
Adresse du domicile :						
Tél. Domicile/Portable :						
Courriel :						
N° Sécurité sociale :						
Personnes à joindre en cas	s d'urgence (Nom+	-Téléphone) :				
<u>FAMILLE</u>						
Famille :	Parentale	Monop	arentale 🗆	Recomposé	e 🗆	Accueil
N° Allocataire C.A.F. :						
C.A.F. d'appartenance :	Autre C.A.F					
Nbre Enfants à charge :						
NOM ET ADRESSE DES EN	<u>MPLOYEURS</u>					
		Parent 1			Pare	ent 2
Nom employeur :						
Adresse de l'employeur :						
Téléphone Travail :						
PERSONNES AUTORI	<u>ISEES</u>					
J'autorise mon enfant, à ren	trer seul à la fin des	activités O I	JI NON []		
Si Non, nom de la ou des	personnes suscep	otibles de ver	nir chercher mon e	enfant		
Nom/Prénom	Lien de parenté	N°	Téléphone		Adr	esse
En aucun cas M, Mme divorce) DROITS A L'IMAGE			<u>est autorisé à ve</u>	nir chercher m	on enfant.	(copie jugement de
Pendant les activités, j'autor	ise le personnel de	l'association à	photographier et/ou	ı à filmer mon e	nfant pour	la création de
souvenirs et d'archives.		0	UI NON [
J'autorise l'association à utili application sécurisée OPAL'	iser ces supports po in, bilans annuels et	t rapports d'act	tivité, gazette interne	tion (presse et j e).	ournaux lo	caux, affiches,
		O	UI NON [_		
ASSURANCE Je certifie que mon enfant	bénéficie d'une a	ssurance sco	olaire et extrascola	ire		
Nom de la compagnie :			N°Téléphone .		N°Conti	rat:

RENSEIGNEMEN 15	MEDICAUX				
Médecin traitant : Nom	:		Téléphone		
Adresse:					
VACCINATIONS (se	référer au carnet de sa	anté ou aux certificats o	de vaccinations)		
VACCINS OBLIGA			t		
Diphtérie – Tétanos	those the broth will be administrative and the				
VACCINS RECOM		des derniers vacc	A-100-1-100-1-1		
Rubéole-Oreillons-R	(ougeole (ROR)*		BCG		
Coqueluche*			Hépatite B*		
Haemophilus*			Influenza b*		
Méningocoque C*			Pneumocoque*		
SI LE MINEUR N'A PAS l Attention, le vaccin antit *Vaccins obligatoires po MALADIES L'enfant a-t-il déjà e	téthanique ne présente ur les enfants nés à pa	aucune contre-indication rtir du 01/01/2018	ERTIFICAT MEDICAL DE on.	CONTRE-INDICATION.	
		1		T	
Rubéole OUI NON	Varicelle OUI NON	Angines OUI NON	Coqueluche OUI NON	Asthme OUI NON	
Oreillons	Otites	Rougeole	Scarlatine	Rhumatismes	
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	
précautions à prendre, c	d'éventuels soins à appo ions, opérations chirurg	orter et/ou la mise en p gicales, maladies, accide		nations médicales, des cueil Individualisé (PAI) ? TDAH, DYS, asthme, port	
	□ Oui	□ Non			
Recommandations des parents :					
	té à prendre, le cas éd	chéant, toutes mesure	s (traitement médical,	er si nécessaire. J'autorise hospitalisation, intervent	
FACTURATION PACTURATION					
☐ En cochant cette case	e, je demande que la fa	cture me soit transmise	e par courriel		
			e précédente, le renouv le/la Directeur (trice) du	rellement sur l'année scola centre.	
ENGAGEMENT AU	REGLEMENT INT	ERIEUR			
OPAL en tant que memb	res usagers (résiliation	possible sur demande	ble de l'enfant, adhéron écrite) et déclarons avoi les approuvons sans au		
Fait à		, le	Signature :		