



ASSOCIATION LES LUTINS
Les Marsupiots

LES MARSUPIOTS

26, rue d'Eckwersheim

67720 HOERDT

Périscolaire : 03.88.59.23.59

e-mail : marsupiots@periscolaire-hoerd.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2024/2025

| | LUNDI | MARDI | JEUDI | VENDREDI |
|-------------|-------|-------|-------|----------|
| 7H20-7H50 | | | | |
| 11H30-13H30 | | | | |
| 16H-18H | | | | |

| | MERCREDI | VACANCES |
|-----------------------|----------|----------|
| 7H20-12H (sans repas) | | |
| 7H20-13H (avec repas) | | |
| 7H20-18H | | |
| 13H-18H | | |

I ETAT CIVIL

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT

DATE ET LIEU DE NAISSANCE

RESPONSABLES LEGAUX

Père : _____

Mère : _____

Ou tuteur

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Profession : _____

Profession : _____

N° de téléphone domicile : _____

N° de téléphone domicile : _____

N° de mobile _____

N° de mobile _____

N° de téléphone professionnel : _____

N° de téléphone professionnel : _____

Email : _____

Email : _____

II VACCINATIONS

Joindre obligatoirement photocopie des pages de vaccination du carnet de santé indiquant clairement l'identité de l'enfant

III RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

Lorsque l'enfant doit suivre un traitement médical, joindre une ordonnance récente et médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris ou donné sans ordonnance.

J'autorise le personnel du Périscolaire « Les Marsupiots » à donner des médicaments sur ordonnance (en cours de validité et au nom de l'enfant) pour l'année scolaire.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| Varicelle | | | Scarlatine | | | Coqueluche | | | | | |
| Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Rougeole | | | Oreillons | | | Rubéole | | | | | |
| Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> |
| Otite | | | Angine | | | Rhumatisme articulaire aigu | | | | | |
| Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> |

Allergies :

| | | | | | | | | | | | |
|--------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| Asthme | | | Alimentaires | | | Médicamenteuses | | | | | |
| Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> |

Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation).
Précisez les dates et les précautions à prendre.

IV RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

Merci de préciser si votre enfant porte des lunettes, des prothèses dentaires, des prothèses auditives, etc...

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (hormis les parents) :

Nom et numéro de téléphone : _____

MEDECIN TRAITANT ET/OU PEDIATRE (facultatif) :

V AUTORISATIONS :

Liste des personnes autorisées à récupérer l'enfant en l'absence des parents :

Tournez la page S.V. P→

VI AFFILIATION :

CAF MSA Autres régimes



N° Allocations Familiales : _____

Si vous êtes allocataire de la CAF, l'Association LES LUTINS et la CAF ont signé une convention de service qui permet de consulter directement les éléments de votre dossier via le service télématique sécurisé dénommé (CAF PRO).

J'autorise la responsable de l'Association à prendre en compte les informations de votre dossier allocataire CAF.

VII AUTORISATION PARENTALE DE DIFFUSION DE L'IMAGE DE VOTRE ENFANT :

L'Association peut être sollicitée par la presse (journal, radio, télévision) dans le cadre d'un reportage. Par ailleurs, l'Association peut illustrer avec des photos des activités :

Le journal de la Commune
Les sites internet de la Commune et de l'Association

Ou utiliser ces photos dans le cadre des activités elles-mêmes (exposition, plaquette...).

J'autorise que mon enfant soit filmé/photographié dans le cadre des activités.
Ces films/photos pourront être utilisés pour des publications de l'association « LES LUTINS » sans limitation de durée.

J'autorise l'affichage de dessins et bricolages de mon enfant portant son nom, dans nos locaux

En cas de refus, je le signale par écrit à la direction.

Je soussigné _____, responsable légal de l'enfant,

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
- Certifie avoir pris connaissance, être en possession du règlement intérieur et m'engage à le respecter.
- Je m'engage à signaler tout changement quel qu'en soit la nature.

Date :

Signature :