

Les pièces ci-dessous sont à déposer obligatoirement sur votre portail famille DEFI après avoir transmis cette fiche de renseignements au secrétariat de l'ACEJ :

- Photocopie du DT POLIO (carnet de vaccination)
- Attestation de Quotient Familial (QF) si inférieur à 1 500
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- **Règlement par chèque à l'Association ou par CB via votre portail famille :**
10 € (1 enfant) - 15 € (2 enfants) - 20 € (3 enfants et +)

Référence de l'enfant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

ECOLE : CLASSE : ENSEIGNANT :

Photo de l'enfant
obligatoire

Responsables légaux : (autorisés de fait à récupérer l'enfant)

Responsable légal 1 : Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Adresse mail :@.....

Téléphone domicile :

Portable : Téléphone pro :

Responsable légal 2 : Nom : Prénom :

Portable : Téléphone pro :

N° allocataire CAF/MSA : Quotient familial : (Joindre attestation)

En cas d'urgence, personne à alerter en premier Nom : Prénom :

Personnes autorisées à venir récupérer mon enfant : (en plus des responsables légaux)

N o m e t P r é n o m	L i e n a v e c l ' e n f a n t	N ° d e t é l é p h o n e

Possibilité de rajouter/modifier des personnes en cours d'année via le portail famille.

Renseignements concernant votre enfant :

Si votre enfant dispose d'un **PAI** (Projet d'Accueil Individualisé), merci de nous transmettre obligatoirement le protocole, l'ordonnance ainsi que la trousse avec le traitement. (Dans emballage d'origine avec nom de l'enfant).

- Votre enfant suit-il un traitement médical régulier ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lequel ?

Aucun traitement ne pourra être administré sans ordonnance établi par un médecin et une autorisation de prescription écrite des parents.

- Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes : (cocher les cases)

Rubéole	☐	Varicelle	☐	Angines	☐	Rhumatismes	☐	Scarlatine	☐
Coqueluche	☐	Otitites	☐	Rougeole	☐	Oreillons	☐		☐

- Votre enfant a-t-il les allergies suivantes ? : (cocher les cases)

➤ **Asthme** : oui ☐ non ☐

➤ **Alimentaires** : oui ☐ non ☐ : Si oui, lesquelles ?

➤ **Médicamenteuses** : oui ☐ non ☐ : Si oui, lesquelles ?

➤ **Autres** : oui ☐ non ☐ : Si oui, lesquelles ?

- Votre enfant est-il porteur de handicap ? : oui ☐ non ☐ : Si oui, lequel ?

Recommandations des parents :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil auditif ou dentaire,

Les difficultés de santé (maladie, accident, opération, hospitalisation, ...): En précisant les dates et précautions à prendre :

Médecin traitant : Nom : Téléphone :

Adresse :

Autorisation du responsable légal de l'enfant :

- ✓ Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'association à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.
- ✓ J'autorise l'ACEJ à prendre mon enfant en photo et utiliser ces dernières à des fins de communications propres à l'association (site internet, presse, exposition, événement, réseau sociaux, ...)
- ✓ Je certifie avoir pris connaissance et accepte le règlement intérieur des services fréquentés par mon enfant.

Les dossiers sont valables jusqu'au 31 août 2022.

Pour une première adhésion, une fois le dossier transmis à l'ACEJ, un identifiant et mot de passe vous seront communiqués par mail pour accéder à votre portail famille : www.acej.portail-defi.net

Signature : précédé de la mention « lu et approuvé »