

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Accueils de Loisirs Péri et Extra-scolaires 2021/2022

Nom et prénom de l'enfant

Date de naissance :

Classe : Ecole :

Allocataire Caf numéro:

Allocataire Msa, numéro sécurité social :

Nom et n° de Police d'assurance :

Adresse mail (en majuscules)

Souhaitez-vous recevoir votre facturation par mail ? Oui Non

Nom et coordonnées des responsables Légaux :

MERE	PERE
Nom et prénom :	Nom et Prénom :
Adresse :	Adresse :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Tél privé :	Tél privé :
Tél travail :	Tél travail :

Personnes autorisées à récupérer l'enfant autre que les parents :

Nom et Prénom :	Nom et Prénom :
Téléphone :	Téléphone :
Lien de parenté :	Lien de parenté :
Nom et Prénom :	Nom et Prénom :
Téléphone :	Téléphone :
Lien de parenté :	Lien de parenté :

Je (nous) soussigné(s), responsable(s) légal (aux) de l'individu certifie (ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

Signature(s) :

AUTORISATIONS

Nom de l'enfant :

Détails des autorisations :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Autorisons
<input type="checkbox"/> N'autorisons pas | le personnel à sortir mon enfant de l'établissement pour les sorties en groupe. |
| <input type="checkbox"/> Autorisons
<input type="checkbox"/> N'autorisons pas | le personnel à photographier ou à filmer mon enfant dans la mesure où les films et images ne seront utilisées à aucun autre usage qu'un usage Éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement. |
| <input type="checkbox"/> Autorisons
<input type="checkbox"/> N'autorisons pas | le personnel à administrer à mon enfant les éventuelles médications prescrites par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance.
Le personnel à administrer à mon enfant des antipyrétiques en cas de fièvre supérieure ou égale à 38,5°C, et selon le protocole de l'établissement. |
| <input type="checkbox"/> Autorisons
<input type="checkbox"/> N'autorisons pas | l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident impliquant mon enfant. (Hospitalisation, SAMU, pompiers). |
| <input type="checkbox"/> Autorisons
<input type="checkbox"/> N'autorisons pas | notre enfant à venir seul à l'accueil, et à rentrer seul après les activités. |
| <input type="checkbox"/> Autorisons
<input type="checkbox"/> N'autorisons pas | le personnel à transporter ou faire transporter mon enfant dans les véhicules de l'établissement dans le cadre des sorties en groupe. |
| <input type="checkbox"/> Autorisons
<input type="checkbox"/> N'autorisons pas | la direction à consulter notre dossier allocataire CDAP afin d'accéder directement aux ressources (Quotient, Revenus, Nombre d'enfants à charge) à prendre en compte pour le calcul des tarifs. (Le service CDAP.fr respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à l'équipe de direction.). |
| <input type="checkbox"/> Autorisons
<input type="checkbox"/> N'autorisons pas | Le Centre Socioculturel à utiliser mon adresse mail pour m'envoyer des informations concernant ses activités et celles de ses partenaires locaux. |

Signatures des responsables de l'enfant



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON

FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, Ou Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, Autres (préciser).

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les 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 sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

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

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

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

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____

Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES