



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Cases grisées réservées au secrétariat

(1) Rayer les mentions inutiles

ADULTE 1

Père - Mère - Tuteur (1)

NOM Prénom :

Né le : / /

ADRESSE :

CONTACT :

Goule - Sud - CV - Nord - Extérieur - Arche Agglo (1)

TELEPHONE - Domicile :

Portable :

TELEPHONE - Travail :

Mail :

Situation familiale :

Employeur :

ADULTE 2

Père - Mère - Tuteur (1)

NOM Prénom :

Né le : / /

ADRESSE :

CONTACT :

Goule - Sud - CV - Nord - Extérieur - Arche Agglo (1)

TELEPHONE - Domicile :

Portable :

TELEPHONE - Travail :

Mail :

Situation familiale :

Employeur :

REGIME ALLOCATAIRE :

N°

NOM PRENOM :

CAISSE :

QF : A la date du/...../..... Calcul avec avis d'imposition de l'année : 20..... : - QF :

ADHESION FAMILIALE/INDIVIDUELLE

Normal : 15,00 € - R.S.A : 7,00 € - Individuelle jeunesse 5,00 € - Point Commun tarif libre

Réglé le : / / Chèque - Espèce - Carte Bleue (1) - Montant :, €

ENFANTS de moins de 18 ans

N° Adhèrent individu :

Divers :

NOM :

Né le : / /

Prénom :

Age :

Bénéficiaire de l'AEEH* - OUI - NON(1)

Sexe : Féminin - Masculin (1)

N° Adhèrent individu :

Divers :

NOM :

Né le : / /

Prénom :

Age :

Bénéficiaire de l'AEEH* - OUI - NON(1)

Sexe : Féminin - Masculin (1)

N° Adhèrent individu :

Divers :

NOM :

Né le : / /

Prénom :

Age :

Bénéficiaire de l'AEEH* - OUI - NON(1)

Sexe : Féminin - Masculin (1)

*AEEH = Allocation d'Education Enfant Handicapé (si inscription au centre de loisirs ou secteur jeunesse)

N° Adhèrent individu :	Divers :
NOM : Né le : / /	
Prénom : Age :	
Bénéficiaire de l'AEEH* - OUI - NON(1) Sexe : Féminin - Masculin (1)	
N° Adhèrent individu :	Divers :
NOM : Né le : / /	
Prénom : Age :	
Bénéficiaire de l'AEEH* - OUI - NON(1) Sexe : Féminin - Masculin (1)	
N° Adhèrent individu :	Divers :
NOM : Né le : / /	
Prénom : Age :	
Bénéficiaire de l'AEEH* - OUI - NON(1) Sexe : Féminin - Masculin (1)	
N° Adhèrent individu :	Divers :
NOM : Né le : / /	
Prénom : Age :	
Bénéficiaire de l'AEEH* - OUI - NON(1) Sexe : Féminin - Masculin (1)	
N° Adhèrent individu :	Divers :
NOM : Né le : / /	
Prénom : Age :	
Bénéficiaire de l'AEEH* - OUI - NON(1) Sexe : Féminin - Masculin (1)	
N° Adhèrent individu :	Divers :
NOM : Né le : / /	
Prénom : Age :	
Bénéficiaire de l'AEEH* - OUI - NON(1) Sexe : Féminin - Masculin (1)	

*AEEH = Allocation d'Education Enfant Handicapé (si inscription au centre de loisirs ou secteur jeunesse)

DOCUMENTS A FOURNIR POUR TOUTE INSCRIPTION A L'ACCOMPAGNEMENT SCOLAIRE ET/OU AU CENTRE DE LOISIRS

Copie de la page des vaccinations du carnet de santé

N° allocataire + attestation de Quotien Familial

Attestation d'aisance aquatique

Documents à compléter : feuille de renseignements, autorisation parentale et fiche sanitaire

Autorisations -

Je, soussignée

M

déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et m'engage à en respecter les termes

Détail des autorisations

L'équipe de direction est autorisée à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant (Hospitalisation, SAMU, Pompier). Oui Non

Le personnel est autorisé à administrer à les éventuelles médications prescrites par un médecin et sur présentation de l'ordonnance. Le personnel est autorisé à administrer à des antipyrétiques en cas de fièvre supérieure ou égale à 38.5° et selon le protocole de l'établissement. Oui Non

Le personnel est autorisé à photographier ou filmer, dans la mesure où les films et images ne seront utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement. Oui Non

Le personnel est autorisé à transporter ou faire transporter dans les véhicules de l'établissement dans le cadre des sorties en groupe. Oui Non

Autorise à rentrer seul après les activités. (si non voir les personnes autorisées à le/la récupérer, ci-dessous ou sur fiche sanitaire) Oui Non

DATE :/...../.....

SIGNATURE :

Autorisations - NOM et PRENOM de l'enfant

Je, soussigné NOM et PRENOM) du ou des parents / tuteurs
Adresse

déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et m'engage à en respecter les termes

Détail des autorisations

L'équipe de direction est autorisée à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant Oui
* (Hospitalisation, SAMU, Pompier). Non

Le personnel est autorisé à administrer à * les éventuelles médications prescrites par Oui
un médecin et sur présentation de l'ordonnance. Le personnel est autorisé à administrer à * Non
des antipyrétiques en cas de fièvre supérieure ou égale à 38.5° et selon le protocole de
l'établissement.

Le personnel est autorisé à photographier ou filmer * , dans la mesure où les films et Oui
images ne seront utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement. Non

Le personnel est autorisé à transporter ou faire transporter * dans les véhicules de Oui
l'établissement dans le cadre des sorties en groupe. Non

la direction à consulter notre dossier allocataire CDAP afin d'accéder directement aux ressources Oui
(Quotient, Revenus, Nombre d'enfants à charges) à prendre en compte pour le calcul des tarifs. (le service Non
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.).

Autorise * à rentrer seul après les activités. (si non voir les personnes autorisées à le/la Oui
récupérer, ci-dessous ou sur fiche sanitaire) Non

Personnes autorisées à récupérer l'enfant

NOM PRENOM TELEPHONE

↑
Cases à
cocher

Signatures

M. NOM Prénom Tuteur / Parents

Date:

Signature:

* Noter le prénom de l'enfant



**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

1 - ENFANT

NOM: _____

PRÉNOM: _____

DATE DE NAISSANCE: _____

GARÇON FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoq		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?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui ☺ non ☹	oui ☺ non ☹	oui ☺ non ☹	oui ☺ non ☹	oui ☺ non ☹
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
oui ☺ non ☹	oui ☺ non ☹	oui ☺ non ☹	oui ☺ non ☹	

Allergies: **ASTHME** oui ☺ non ☹ **ALIMENTAIRES** oui ☺ non ☹ **MÉDICAMENTEUSES** oui ☺ non ☹
AUTRES _____

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

En cas de régime alimentaire, précisez :

SANS VIANDE

SANS PORC

Indiquez ci-après:

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Recommandations utiles des parents:

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

BAIGNADE : SAIT NAGER

SE DEBROUILLE

NE SAIT PAS NAGER

Observations diverses :

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Je soussigné(e), _____ 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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Médecin traitant :

Nom: _____ Tél: _____

N° de sécurité sociale de l'enfant : _____

Date :

Signature