

Fiche individuelle

Informations concernant l'enfant

: 3/6 ans

: 6/13 ans

: 11/17 ans

Activité(s) choisie(s) :

: Accueil de loisirs MERCREDI

: Accueil de loisirs VACANCES

: Séjours de vacances (précisez le séjour).....

Nom :Prénom

Né(e) le : à :sexe : masculin féminin

Adresse :

Etablissement scolaire : **Classe** :.....

Autorisation de filmer ou photographier votre enfant pendant les activités : oui non

(à destination de la communication de Saint Marcellin Vercors Isère communauté : site internet, plaquette informations, presse, ...)

Autorise mon enfant à rentrer seul : oui non

Informations concernant les responsables légaux

Père

Mère

Nom : Nom :

Prénom : Prénom :

Adresse : Adresse :

Téléphone : Téléphone :

@ : @ :

N° Sécurité Sociale : N° Sécurité Sociale :

Personne à contacter en priorité **par** l'accueil de loisirs : : père : mère

Informations Administratives

Quotient familiale (QF) :

CAF MSA N°allocataire :

J'autorise le personnel administratif à consulter « CAF Compte partenaires » : oui non

Responsabilité civile (Compagnie + n° contrat) :

Informations concernant les personnes habilitées à récupérer l'enfant

Personne 1

Personne 2

Personne 3

Nom : Nom : Nom :

Prénom : Prénom : Prénom :

Lien de parenté : Lien de parenté : Lien de parenté :

Téléphone : Téléphone : Téléphone :

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Date :

Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT	RESPONSABLE DE L'ENFANT
NOM :	NOM.....
PRÉNOM :	PRÉNOM.....
DATE DE NAISSANCE:.....	TÉL. FIXE:
Droit à l'image OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	PORTABLE : BUREAU :
NOM DU MÉDECIN TRAITANT	Autorisation de rentrer seul OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
.....Tel.....	

Autres Personne à prévenir en cas d'urgence Nom.....Téléphone:..... Nom.....Téléphone:.....	Autres Personnes habilitées à récupérer l'enfant Nom:.....Téléphone:..... Nom:.....Téléphone:.....
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
DTCP <i>Diphthérie, Tétanos, Polioomyélite, Coqueluche</i>				Hépatite B	
				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Infections invasives à pneumocoque	
				Autres (préciser)	

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 ?

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

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)

.....

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION)
 EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT A-T-IL UN RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER ?

.....

PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...

.....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale,...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :