

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**  
**Année 2018 - 2019**

PHOTO

(1) cochez la case correspondante

**ENFANT** : NOM : ..... Prénom : .....

Classe (2018-2019) : ..... Sexe : (1) F  M

Date, lieu et département de naissance : ..... Age : .....

**N° Allocataire CAF** : ..... **Autre régime (nom + n°)** : .....

**NOM et Prénom du RESPONSABLE LEGAL** : ..... Né le : .....

Adresse : .....

Tél portable : ..... Tél fixe : .....

Email : .....@.....

Profession : ..... Employeur : .....

**Situation familiale** : (1)  Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Concubinage  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

**Garde alternée** : (1)  OUI  NON (joindre une photocopie du jugement)

**NOM et Prénom du 2ème RESPONSABLE LEGAL** : ..... Né le : .....

Adresse : .....

Tél portable : ..... Tél fixe : .....

Email : .....@.....

Profession : ..... Employeur : .....

**Personnes à prévenir en cas d'urgence (si les responsables légaux sont non joignables) :**

NOM, Prénom, lien de parenté et téléphone : .....

NOM, Prénom, lien de parenté et téléphone : .....

**En cas de maladie :**

- Prévenir la Directrice
- Si votre enfant suit un traitement médical, il est obligatoire de fournir l'ordonnance originale.

**Il est OBLIGATOIRE que votre enfant soit couvert par une assurance responsabilité civile.**

(1)  j'autorise  je n'autorise pas mon enfant à quitter **seul** l'accueil pour rentrer au domicile.

**En cas d'interdiction de sortir seul ou en cas d'absence d'un parent**, indiquez le nom des personnes MAJEURES autorisées à reprendre l'enfant après avoir prévenu la directrice ou une animatrice :

NOM Prénom, lien de parenté et téléphone : .....

NOM Prénom, lien de parenté et téléphone : .....

NOM Prénom, lien de parenté et téléphone : .....

NOM Prénom, lien de parenté et téléphone : .....

Informations complémentaires susceptibles d'assurer une meilleure prise en charge de votre enfant :

.....  
.....  
.....

Nous soussignés, .....

responsables légaux de l'enfant (NOM et Prénom) : .....

### APPROBATION DU REGLEMENT INTERIEUR DE L'APS ET DE LA CANTINE

déclarons avoir pris connaissance du règlement intérieur et nous engageons à en respecter les modalités.  
Nous nous engageons à informer la Directrice ou la Mairie d'un éventuel changement d'adresse, de numéro de téléphone ou de tout changement administratif et familial.

### AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

L'article 9 du Code Civil définit le droit au respect de la vie privée qui permet aux individus de disposer de prérogatives concernant l'utilisation qui peut être faite de leur image. Pour les mineurs, il est recommandé d'obtenir une autorisation parentale d'utilisation de l'image. *(Cocher la case valide.)*

**autorisons** la Mairie de SINCENY à utiliser, dans le cadre des activités, sur tous supports (presse, internet, publications, ...), des photos de notre enfant prises au cours des activités périscolaires ou extrascolaires sans contrepartie financière.

**refusons** que la Mairie de SINCENY utilise des photos de notre enfant.

Cette autorisation est valable pour l'année scolaire en cours et pourra être révoquée à tout moment.

### EXACTITUDE DE LA FICHE DE RENSEIGNEMENTS

déclarons exacts les renseignements portés sur la présente fiche de renseignements. Nous certifions que notre enfant n'a pas de contre-indication médicale pour participer, avec d'autres enfants, aux activités organisées par l'accueil collectif de mineurs de SINCENY. Nous donnons tout pouvoir à la Mairie pour prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de notre enfant.

Fait à ....., le ..... Signatures des responsables légaux

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I . ENFANT NOM : ..... PRENOM : .....  
 SEXE  GARÇON   FILLE DATE DE NAISSANCE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

II. VACCINATIONS *(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)*

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES		DATES		
	ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
Du DT polio			___/___/___		
Du DT coq			___/___/___		
Du Tétracoq			___/___/___		
D'une prise polio			___/___/___		
			___/___/___		
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES	VACCIN	DATES	VACCIN	DATES	DATES
___/___/___	1 <sup>er</sup> RAPPEL	___/___/___		___/___/___	___/___/___
___/___/___		___/___/___		___/___/___	___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ? .....

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	.....	___/___/___
.....	.....	___/___/___

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....  
 .....  
 .....

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....  
 .....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ?  non  oui   
 SI OUI, LEQUEL ? .....  
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?  non  occasionnellement  oui   
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ?  non  oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRENOMS : .....  
 ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....

N° DE S.S. : \_\_\_\_\_ N° DE TEL : \_\_\_\_\_ DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : .....

Je soussigné, responsable 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 : .....

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : ..... Cachet de l'Organisme (siège social)  
 .....  
 .....

ARRIVEE LE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 DEPART LE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)  
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....  
 .....  
 .....