

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année 2019 - 2020

PHOTO

(1) cochez la case correspondante

ENFANT : NOM : Prénom :

Classe (2019-2020) : 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

Pièces à joindre :

- justificatif de domicile récent,
- attestation d'assurance responsabilité civile,
- photocopie des pages du carnet de vaccination.

CERFA N° 85-0233

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ. ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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
	DATES	ANTIVARIOLIQUE	
Du DT polio	___/___/___
Du DT coq	___/___/___
Du Tétracoq	___/___/___
D'une prise polio	___/___/___
RAPPELS	___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

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

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ 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 DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

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

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

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

 ARRIVÉE LE ___/___/___
 DÉPART LE ___/___/___

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SÉJOUR

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

.....

