

Nom, prénom de l'enfant Né(e) le :

Famille : Parentale Monoparentale Recomposée Accueil

Ecole : Enseignant : Classe

PARENTS DE L'ENFANT

	Rep. légal 1	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Rep. légal 2	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Tél. Domicile/Portable :				
Courriel :				
N° Sécurité sociale :				

NOMS DES EMPLOYEURS

	Rep. légal 1	Rep. légal 2
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT :

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) :

L'enfant sait-il nager ? OUI NON Piscine autorisée : OUI NON

Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives.

OUI NON

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, Blog , facebook du centre.)

OUI NON

Régime alimentaire : Date du dernier certificat médical :

Allergies :

Médecin traitant Nom : Téléphone

Adresse :

Conformément à l'article L222-4 de la loi du 17 juillet 2001, nous informons les parents de leur intérêt à souscrire un contrat d'assurance pour leurs enfants couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquelles ils participent

N° Allocataire C.A.F. : Régime social :

C.A.F. d'appartenance : CAF DU DOUBS MSA de Franche-Comté Autre C.A.F.

Certifications et autorisations parentales :

Ayant pris connaissance des conditions de fonctionnement du centre de loisirs périscolaire, je soussigné, responsable légal de l'enfant inscrit:

- 1) autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs,
- 2) certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- 3) décharge les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir avant ou après les heures de fonctionnement du centre de loisirs périscolaire,
- 4) autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale,
- 5) dégage l'association de toute responsabilité en cas de vol ou de perte d'objets personnels (vêtements, bijoux...).

Réglementation RGPD : (Réglementation Générale sur la Protection des Données)

Selon l'article 17 vous avez le droit de demander à la structure l'effacement de données à caractère personnel vous concernant.

Fait à , le Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT
 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 DEMANDER DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

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 ?

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

ALLERGIES :
 ASTHME ALIMENTAIRES MÉDICAMENTEUSES AUTRES

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

INDIQUEZ CLAIRÈS :
 LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PARCOURSANT 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 REGLÉE ? oui non

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

NOM : _____ PRÉNOM : _____
 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