

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM DE L'ENFANT :		PRENOM :	
DATE DE NAISSANCE :		SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
ADRESSE :			
ECOLE FREQUENTEE :		CLASSE 20 / 20 :	
RESPONSABLE LEGAL : <input type="checkbox"/> PERE <input type="checkbox"/> MERE	PÈRE	MERE	
NOM			
PRENOM			
ADRESSE (si différente de celle de l'enfant)			
Téléphone fixe			
Téléphone portable			
Adresse Mail :			
à utiliser pour :			
- l'envoi des factures,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- la connexion à votre Espace Famille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PROFESSION			
NOM et ADRESSE DE L'EMPLOYEUR			
TELEPHONE TRAVAIL			
SITUATION FAMILIALE PARTICULIERE UTILE DE NOUS COMMUNIQUER (parents séparés, enfant placé....) :			
REGIME ALLOCATAIRE : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRE :		NOM DE L'ALLOCATAIRE	
CAISSE DE : <input type="checkbox"/> BOURG EN BRESSE <input type="checkbox"/> AUTRE :		N° ALLOCATAIRE :	
PERSONNE(S) MAJEURES AUTORISEE(S) à récupérer L'ENFANT (autre que les parents) avec téléphone et lien de parenté :			
REGIME ALIMENTAIRE ET CONTRE-INDICATIONS MEDICALES :			
<input type="checkbox"/> SANS PORC <input type="checkbox"/> SANS POISSON <input type="checkbox"/> SANS VIANDE			
<input type="checkbox"/> AUTRE :			
Je soussigné(e), père, mère, tuteur:			
* Déclare avoir pris connaissances des modalités de fonctionnement des activités de l'ALSH et du règlement concernant le paiement des séjours, de l'ALSH, des accueils périscolaires ou du restaurant scolaire,			
* M'engage à payer tous les frais d'inscription, d'adhésion, ainsi que les frais engagés pour mon enfant,			
* Autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'ALSH autorisées par la réglementation (y compris transports et camping),			
* Donne mon accord pour que mon enfant bénéficie de l'encadrement périscolaire matin, midi et soir selon ses besoins, (enfants scolarisés à Commerson)			
* Donne mon accord pour que le personnel de l'association donne à mon enfant des médicaments sur prescription médicale,			
* Autorise la prise de photographie (captation, fixation, enregistrement, numérisation) représentant mon enfant dans le cadre des activités de l'ALSH ou des séjours de vacances,			
* Autorise la diffusion et la publication de photographies représentant mon enfant pour le site web du Centre Social, pour les programmes d'activité, pour un article de presse.			
* Donne l'autorisation sur la consultation de données sur le site CAFPRO.			

Fait à Chatillon sur
Chalaronne, le :

SIGNATURE précédée de la mention "LU ET APPROUVE"

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Document confidentiel

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../..... SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles concernant votre enfant (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs)

1- VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

Joindre la copie du carnet de vaccination

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : Alimentaires Oui Non

Médicamenteuses Oui Non

Autres (animaux, plantes, pollen) Oui Non

Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la **cause** de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir** (PAI).

Le mineur présente-t-il un **problème de santé** ? Si oui précisez oui non

Le mineur est-il **bénéficiaire de l'AAEH** ? oui non

Si oui, nous fournir un justificatif indiquant le bénéfice de cette prestation.

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4- RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 :

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 :

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Nom et tél. du médecin traitant :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exactes les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :