

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ACCUEIL DE LOISIRS JEUNES

Enfant :

Nom & Prénom

Age : Sexe :

Né(e) le à :

N° de sécurité sociale : Nationalité :

Famille :

M. et Mme

Adresse : Téléphone 1 :

..... Téléphone 2 :

E-mail :

Zone :

Régime : CAF / MSA / Autres

Situation Familiale :

Quotient familial CAF (joindre attestation) :

Nombre Total d'Enfants : Assurance :

Nombre d'Enfants à Charge : N° de police :

Autorisations		Commentaires			
Autorisation de sortie pédestre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Départ seul	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Prise d'images	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Diffusion d'images	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Transport collectif	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Personnes autorisées à venir chercher l'enfant					
Nom	Prénom	Adresse	Ville	Téléphone	Lien de Famille
Personnes à Contacter en Cas d'Urgence					
Nom	Prénom	Adresse	Ville	Téléphone	Lien de Famille

Je me dois d'informer et de signaler tout changement auprès de la responsable de la structure.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et je m'engage à le respecter en tout point.

Fait à :

Le :

"Lu et approuvé"

Signature du père, de la mère ou du tuteur légal.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Accueil de Loisirs de jeunes - Vacances d'été 2017

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle vous sera remise à la fin de la période avec les observations éventuelles.

1°) ENFANT

NOM :
 SEXE : F G

Prénom :
 Date de naissance :/...../.....

2°) VACCINATION (Remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies correspondantes du carnet de santé)

ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUE - ANTICOQUELUCHE

	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio		/ /
Du DT coq		/ /
Du Tétracoq		/ /
D'une prise Polio		/ /
Hépatite B		/ /
RAPPELS		

Si l'enfant n'est pas vacciné pourquoi ?.....

3°) INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES

(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

	DATES

4°) RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? OUI NON

Si oui, lequel ?

Si l'enfant doit suivre un traitement, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.

5°) RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : Prénom :

ADRESSE :

N° de S.S. : domicile :

Portable : travail :

Je soussigné(e), Mr ou Mme 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 de l'accueil : 44 Av. Gambetta - BP 51 17800 PONS Tel : 05 46 94 08 17	Cachet de l'organisme (siège social)
	Direction : Véronique FRANCO
Du 11 juillet au 29 juillet 2016	

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR

Par le médecin (qui indiquera ses noms, adresse et n° de tél)
 Par le responsable du séjour (qui indiquera ses noms et adresse)