SITUATION FAMILIALE

M.	
Mme	

Responsable Légal :

Marié(e)	
Vie Maritale	
Célibataire	
Divorcé(e)	
Veuf(ve)	
Pacsé(e)	

ADRESSE :				
	Code Postal :		Ville :	
Courriel :	@			
Téléphone(s) Fixe(s)				
Téléphone(s) Portable(s)				
Fax				

Régime Général CAF		N° ALLOCATAIRE :	COMPAGNIE D'ASSURANCE :
M.S.A.			
Autre Régime		Quotient Familial :	N° de Police :
Aucun			

Noms & Prénoms des enfants fréquentant les structures communales : (RENSEIGNER UNE FICHE PAR ENFANT DANS LES PAGES SUIVANTES		Nombre total d'enfants à charge : ……	
1		4	
2		5	
3		6	

Père :			
Nom et Prénom :			
Adresse :			
Code Postal :		Ville :	
Téléphone Professionnel :		N° de Sécurité Sociale :	
Téléphone Portable :			
Courriel :		Profession : *Mention obligatoire*	
@		Employeur : *Mention obligatoire*	

Mère :			
Nom et Prénom :			
Adresse :			
Code Postal :		Ville :	
Téléphone Professionnel :		N° de Sécurité Sociale :	
Téléphone Portable :			
Courriel :		Profession : *Mention obligatoire*	
@		Employeur : *Mention obligatoire*	

Tuteur(trice) : (FAMILLES D'ACCUEIL UNIQUEMENT)			
Nom / Prénom :			
Adresse :			
Code Postal :		Ville :	
Téléphone Professionnel :		N° de Sécurité Sociale :	
Téléphone Portable :			
Courriel :		Profession : *Mention obligatoire*	
@		Employeur : *Mention obligatoire*	

Les deux parents sont-ils titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale ?
Si NON, joindre la copie de l'acte

Je soussigné(e) ..... déclare exacts les renseignements notifiés sur ce document.

Fait à ....., le.....

Signature

ACCUEILS DE LOISIRS
ACCUEILS PERISCOLAIRES
RESTAURANTS SCOLAIRES

CL

Photo d'identité récente ENFANT

ENFANT :			
Nom :			
Prénom :			
Sexe :	Fille ☐ Garçon ☐	Né(e) le :	/ /
Lieu de Naissance :		Département :	
Etablissement scolaire fréquenté :			
Classe :			

● RESTAURANT SCOLAIRE :

Pour tout régime alimentaire spécifique, un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) devra être signé impérativement par un médecin, en association avec la famille et le service vie scolaire.
(cf : comme prévu dans le règlement des restaurants scolaires de la commune de PETIT CAUX).

Allergies, régime, intolérance alimentaire, handicap :

❍ OUI ❍ NON

Repas Particuliers : - Sans porc ❍
- Végétarien ❍
- Autre ❍ Précisez : .....

TEST EAUX VIVES (si oui, joindre une copie de l'attestation) **OUI ☐** **NON ☐**

TEST NATATION (si oui, joindre une copie de l'attestation) **OUI ☐** **NON ☐**

● **TRANSPORT SCOLAIRE :**

Votre enfant emprunte t-il le transport scolaire? OUI ❐ / NON ❐		
Matin ❐	**Soir ❐**	**Matin et Soir ❐**
Lieu de départ le matin :	**Lieu d'arrivée le soir :**	

Si votre enfant emprunte le transport scolaire, une demande doit impérativement être complétée auprès du service Vie Scolaire.

● **AUTORISATION :**

Je soussigné(e) *agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale autorise :*

- L'enfant à quitter seul le soir les structures communales,

  OUI ☐ NON ☐

- Les personnes suivantes à venir chercher l'enfant (Nom, prénom & N° de Tél. des personnes autorisées)

● **PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :**

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville :.....

☎ Dom : ..... ☎ Trav. :..... ☎ Portable :.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Conformément à l'arrêté du 20 février 2003, l'admission d'un mineur est conditionnée à la fourniture préalable sous enveloppe cachetée portant le nom du mineur au responsable de la structure :

1° des informations relatives :

a) Vaccinations obligatoires et/ou contre-indications : copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations, ou attestation d'un médecin,

b) Antécédents médicaux ou chirurgicaux ou à tout autre élément d'ordre médical considéré par les parents ou le responsable légal du mineur contre susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement du séjour,

c) Pathologies chroniques ou aiguës en cours ; le cas échéant, les coordonnées du médecin traitant seront fournies. Si un traitement est à prendre durant tout ou partie du séjour, l'ordonnance du médecin devra être jointe et, s'il s'agit d'un traitement à ne prendre qu'en cas de crise, les conditions et les modalités d'utilisation des produits devront être décrites. Les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation. Les nom et prénom du mineur devront être inscrits sur l'emballage.

2° d'un certificat médical de non-contre-indication suivant le type d'activité physique pratiquée.

Je soussigné(e) ..... déclare exacts les renseignements notifiés sur ce document.

Fait à ....., le.....

Signature

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – **ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	**OTITE**	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**	
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES _____

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

_____

_____

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION,RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT 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 ? NON ☐ OCCASIONNELLEMENT ☐ OUI ☐

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON ☐ OUI ☐

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS