



# FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

## ACCUEIL DE LOISIRS

### A RENDRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES VACCINATIONS, DE L'ATTESTATION CAF ET L'ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

<b>L'ENFANT</b>	NOM :		Prénom :			Sexe : M – F
	Date de naissance		MATERNELLE : <input type="checkbox"/> TPS <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> GS	PRIMAIRE : <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> CE1 <input type="checkbox"/> CE2 <input type="checkbox"/> CM1 <input type="checkbox"/> CM2	COLLEGE : <input type="checkbox"/> 6e <input type="checkbox"/> 5e <input type="checkbox"/> 4e <input type="checkbox"/> 3°	
SCOLARISE A ST HILAIRE <input type="checkbox"/>			ALSH ETE : MON ENFANT (CM2/COLLEGE) PARTICIPERA AU CAMPING <input type="checkbox"/>			

<input type="checkbox"/> <b>RESPONSABLE DE L'ENFANT (PERE – MERE OU FAMILLE D'ACCUEIL)</b>		
Nom : .....	Nom de Jeune Fille : .....	Prénom : .....
Adresse		
Téléphone (Mère)		
Téléphone (Père)		
Mail (Toutes les informations passent par le Mail) :		

<b>N° DE CAF (OBLIGATOIRE) :</b>	<b>COEFFICIENT CAF :</b>
<b>N° DE SECURITE SOCIALE :</b>	

CONTACTS AUTORISES A RECUPERER MON ENFANT	
Nom : .....	Prénom : .....
Téléphone	

Nom : .....	Prénom : .....
Téléphone	

<b>PRELEVEMENT AUTOMATIQUE : <input type="checkbox"/> Oui - <input type="checkbox"/> Non</b>
En cas de réponse positive, remplir une autorisation de prélèvement + RIB-RIP <u>si vous avez changé de compte ou si vous n'avez jamais opté pour le prélèvement.</u>

<b>ACCUEIL DE LOISIRS (AL)</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	J'ai pris connaissance du règlement intérieur pour l'Accueil de Loisirs.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Je reconnais que les responsables de l'Accueil de Loisirs se réservent le droit d'un renvoi temporaire ou définitif d'un enfant dont le comportement nuirait à la qualité et sécurité de l'encadrement proposé, les frais engagés restant alors à la charge de la famille.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mon enfant sait nager.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mon enfant fait la sieste. (Maternelle)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J'autorise : mon enfant à participer à toutes les activités dans le programme (sauf soucis médical) ; et son transport sur les lieux d'activités par les moyens en place (Bus).
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J'autorise mon enfant à rentrer seul après l'Accueil de Loisirs.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J'autorise la publication de photos de mon enfant sur tout support de communication (presse, bulletin municipal, site internet .....)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mon enfant est assuré en responsabilité civile et individuelle	
<b>ACCUEIL PERISCOLAIRE</b> <b>ALSH petites vacances</b> <b>07H30 - 09H00</b> <b>17H00 – 17H30</b>	Accueil Péri-scolaire	<b>Lundi</b> <input type="checkbox"/> Matin (Heure d'arrivée : .....) <b>Mardi</b> <input type="checkbox"/> Matin (Heure d'arrivée : .....) <b>Mercredi</b> <input type="checkbox"/> Matin (Heure d'arrivée : .....) <b>Jeudi</b> <input type="checkbox"/> Matin (Heure d'arrivée : .....) <b>Vendredi</b> <input type="checkbox"/> Matin (Heure d'arrivée : .....) <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Soir	

# FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

## ACCUEIL DE LOISIRS

### 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.**

L'enfant suit-il un TRAITEMENT MEDICAL pendant le séjour ?  Oui  Non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte 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 ?

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

**ALLERGIES :** ASTHME  Oui  Non **MEDICAMENTEUSES**  Oui  Non  
ALIMENTAIRES  Oui  Non **AUTRES :** .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (Si automédication le signaler)**

.....  
.....

### INDIQUEZ CI-APRES :

Les DIFFICULTES DE SANTE (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....  
.....

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES ECT .....PRECISEZ)

.....  
.....

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?  Oui  Non  Occasionnellement

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE ?  Oui  Non

**Si la présente fiche n'est pas complétée entièrement, l'inscription ne sera pas prise en compte.**

**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.

Fait à SAINT HILAIRE LEZ CAMBRAI, le  
Signature