



FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

ACCUEIL DE LOISIRS

A RENDRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES VACCINATIONS, DE L'ATTESTATION CAF (COEFFICIENT INFERIEUR A 700 €) ET L'ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

L'ENFANT	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"/> 3e

<input type="checkbox"/> RESPONSABLE DE L'ENFANT		
Nom :	Nom de Jeune Fille :	Prénom :
Adresse (Pendant le séjour)		
Téléphone (Mère)		
Téléphone (Père)		
Mail (Toutes les informations passent par le Mail) :		

N° DE CAF (OBLIGATOIRE) :	COEFFICIENT CAF :
N° DE SECURITE SOCIALE :	

CONTACTS AUTORISES A RECUPERER MON ENFANT	
Nom :	Prénom :
Téléphone	

Nom :	Prénom :
Téléphone	

PRELEVEMENT AUTOMATIQUE : <input type="checkbox"/> Oui - <input type="checkbox"/> Non
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>

ACCUEIL DE LOISIRS (AL)	<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	
ACCUEIL PERISCOLAIRE 07H30 - 09H00 17H00 - 17H30	Accueil Périscolaire	Lundi <input type="checkbox"/> Matin (Heure d'arrivée :) Mardi <input type="checkbox"/> Matin (Heure d'arrivée :) Mercredi <input type="checkbox"/> Matin (Heure d'arrivée :) Jeudi <input type="checkbox"/> Matin (Heure d'arrivée :) Vendredi <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 ?

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

.....
.....
.....

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