

|   |  |
|---|--|
| <b>Fiche de renseignements</b>                                |  |
| <b>NOM et PRÉNOM DE L'ENFANT</b>                              |  |
| _____ <input type="checkbox"/> G - <input type="checkbox"/> F |  |
| Naissance le ___ / ___ / ___ à _____                          |  |
| Etablissement scolaire : _____ Niveau : _____                 |  |

**Responsables légaux de l'enfant :**

Père  Mère  Tuteur  Autre (préciser)

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse habituelle : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N° téléphone domicile : \_\_\_\_ \_

N° portable : \_\_\_\_ \_ N° travail : \_\_\_\_ \_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Père  Mère  Tuteur  Autre (préciser)

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse habituelle : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N° téléphone domicile : \_\_\_\_ \_

N° portable : \_\_\_\_ \_ N° travail : \_\_\_\_ \_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

CAF : N° : \_\_\_\_ \_ / \_\_\_\_ Adresse de votre caisse : \_\_\_\_\_ QF : \_\_\_\_\_

**Nom et téléphone d'un tiers** (en cas d'urgence, si les parents ne peuvent être joints) : \_\_\_\_\_

**Joindre une attestation du Quotient Familial et une attestation d'assurance**

**Régime alimentaire de votre enfant :**  Sans Porc  Sans viande  Végétarien  Autre (préciser)

**DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL (à compléter et signer)**

Je soussigné, M. ou Mme \_\_\_\_\_

responsable de l'enfant : \_\_\_\_\_

• donne mon autorisation pour que :

- lors de sa participation à l'accueil de loisirs : mon enfant soit photographié OUI  NON   
mon enfant soit filmé OUI  NON

- dans le cadre de l'établissement d'un document pédagogique ou d'information :

|  |                              |   |
|--|------------------------------|---|
| son image puisse être reproduite sur support papier pour usage interne à la Collectivité | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/>                                      |
| son image puisse être reproduite sur support électronique en interne à la Collectivité   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> (messagerie électronique ...)        |
| son image puisse être reproduite sur support papier pour usage externe à la Collectivité | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> (bulletin municipal ...)             |
| son image puisse être reproduite sur support électronique en externe à la Collectivité   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> (Site INTERNET, réseaux sociaux ...) |

renonce à solliciter une quelconque compensation à quelque titre que ce soit pour la participation de mon enfant à la prise de vue et à sa diffusion.

M'engage à prendre connaissance du règlement intérieur (téléchargeable sur le site internet) et à en respecter les termes.

m'engage à payer les frais de séjour incombant à la famille à réception de la facture.

À \_\_\_\_\_ le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ **Signature**

# Fiche Sanitaire de Liaison

## 1 – ENFANT

NOM : .....

Date de Naissance : .....

Prénom : .....

Sexe\* : Garçon / Fille

## 2 – VACCINATIONS : Joindre les photocopies des pages vaccinations du carnet de santé

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication (attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication)

## 3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- Si l'enfant suit un traitement médical, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant**)

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole

Otite

Oreillons

Coqueluche

Angine

Scarlatine

Varicelle

Rougeole

Rhumatisme articulaire aigu

- Allergies :  Asthme  Alimentaires  Médicamenteuses  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 lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ...

## 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. : .....

N° Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant) : ..... (Obligatoire)

NOM et Tél. du médecin traitant : .....

Je soussigné, 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.

DATE ET SIGNATURE

\* Rayer la mention inutile