



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2021 /2022

**NOM ET PRENOM DE L'ENFANT** .....

Sexe :  M     F

Date de naissance : .....

Etablissement fréquenté : .....

Classe : .....

Informations ado :

E-mail : .....

Facebook : .....

Quotient Familial : .....

Tél. portable ado : .....

**PERE** (nom et prénom) : .....

Adresse .....

.....

Tél. domicile : ..... Tél. portable : .....

Adresse mail : .....

Nom, adresse et n° de téléphone de l'employeur : .....

.....

.....

Horaires de travail : .....

**MERE** (nom et prénom) : .....

Adresse .....

.....

Tél. domicile : ..... Tél. portable : .....

Adresse mail : .....

Nom, adresse et n° de téléphone de l'employeur : .....

.....

.....

Horaires de travail : .....

**Personne habilitée à prendre l'enfant à la place des parents et/ou à contacter en cas d'urgence:**

NOM ET PRENOM : .....

Adresse et n° de téléphone : .....

.....

**IMPORTANT**

Pour que votre dossier soit complet, il faut nous transmettre :

- Une attestation de quotient familial CAF
- Une copie du carnet de santé (pages de vaccination)
- Une copie d'assurance scolaire 2021/2022



Tournez la page

## Autorisations parentales diverses

Je soussigné(e), Madame/Monsieur .....

**AUTORISE mon fils/ma fille\*** .....

. à subir une anesthésie au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, une intervention chirurgicale serait nécessaire. OUI  NON

. à rejoindre seul sa famille dès la fermeture du centre, dégageant ainsi l'accueil de loisirs de toute responsabilité en cas d'incident. OUI  NON

. à être photographié ou filmé lors des diverses activités (diffusion sur des documents officiels, outils de communication) OUI  NON

### Fiche sanitaire

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé)

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Date
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluches	
Ou DT Polio				Autres (précisez) :	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

### Règlement

L'inscription au service Enfance/Jeunesse vaut acceptation du règlement de fonctionnement

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

 L'enfant a - t'il déjà EU LES MALADIES SUIVANTES ? (Entourer le nom ou le rayer)

Rubéole      Coqueluche      Angine      Otite      Scarlatine      Rougeole

Oreillons      Varicelle      Rhumatisme      Articulaire      Aigü

Allergies : médicamenteuses, alimentaires, asthme, autres... Précisez : .....

 L'enfant suit-il un TRAITEMENT MEDICAL PENDANT LE SEJOUR ?.....

**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.

 Indiquez ci-après les éventuelles DIFFICULTES DE SANTE en précisant les précautions à prendre :

.....  
.....

Je déclare sur l'honneur l'exactitude de ces renseignements, j'ai pris connaissance des conditions d'inscription et de fonctionnement (règlement) et je les accepte. Je m'engage à signaler tout changement relatif à cette déclaration.

A ..... le .....

Signature du responsable légal