



ACTIVITES ENFANCE / JEUNESSE

Fiche annuelle de renseignements

sept. 2016/août 2017

1 - L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : / ____ / ____ / ____ / Age :

École fréquentée : Classe :

2 - RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Père :	Mère :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
CP : Ville :	CP : Ville :
Tél. domicile :	Tél. domicile :
Portable :	Portable :
Tél. travail :	Tél. travail :
E-mail :	E-mail :
N° allocataire :	N° allocataire :
<input type="checkbox"/> CAF 79 (Caisse d'Allocations Familiales)	<input type="checkbox"/> CAF 79 (Caisse d'Allocations Familiales)
<input type="checkbox"/> MSA 79 (Mutualité Sociale Agricole)	<input type="checkbox"/> MSA 79 (Mutualité Sociale Agricole)
<input type="checkbox"/> Autre caisse :	<input type="checkbox"/> Autre caisse :
N° de Sécurité Sociale couvrant l'enfant :	N° de Sécurité Sociale couvrant l'enfant :

Situation familiale : Mariés / Pacés / Concubins Divorcés / Séparés

Autre responsable : Tuteur/trice Autre :

Nom : Prénom :

Adresse :

CP : Ville : Tél. domicile :

Portable : Tél. travail :

E-mail : N° S. S. couvrant l'enfant :

3 - AUTRE(S) PERSONNE(S) À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom, prénom : Relation à l'enfant :

Relation à l'enfant : Relation à l'enfant :

Téléphone(s) où cette personne est joignable : Téléphone(s) où cette personne est joignable :

4 - VACCINATIONS ET RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

► **Vaccinations de l'enfant :** → **Joindre obligatoirement une copie de ces vaccinations, SVP.**

- Les vaccins obligatoires DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite) sont à jour.
- Les vaccins recommandés suivants sont à jour :
 - Rubéole Oreillons Rougeole (ROR)
 - Coqueluche
 - B.C.G.
 - Hépatite B

► **Allergies :**

- Asthme Alimentaires Médicamenteuses Autres :
- Cause de l'allergie :
- La conduite à tenir :

► **Autres indications ou recommandations :**

Difficultés de santé à signaler (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...), en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

L'enfant porte-t'il/elle des lunettes, lentilles, prothèses auditives, dentaires... ? Précisez :

.....

L'enfant a-t-il/elle des besoins particuliers ? Précisez lesquelles :

.....

L'enfant bénéficie-t'il/elle à l'école :

- d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ? (→ **si oui, merci d'en joindre une copie**) Oui Non
- d'un accompagnement AVS (Auxiliaire de Vie Scolaire) ? Oui Non

Si l'enfant est amené(e) à suivre un traitement nécessitant la prise de médicament(s) au cours des activités → **fournir une ordonnance récente et les médicaments correspondants** (médicaments dans leur emballage d'origine, marqués au nom de l'enfant, ainsi qu'une autorisation écrite à administrer le médicament).

Nom du médecin traitant : Tél :

5 - AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)....., responsable légal(e) de l'enfant,

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- autorise mon enfant à participer aux activités du Centre SocioCultuel du Mellois,
- autorise les personnes mentionnées ci-contre (partie 3) à récupérer mon enfant le cas échéant,
- autorise le Centre SocioCultuel du Mellois et le responsable des activités :
 - ✓ à prendre, le cas échéant, toutes mesures (soins médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant,
 - ✓ à transporter ou faire transporter mon enfant par bus, minibus ou véhicule des animateurs,
 - ✓ à utiliser toutes photos me représentant ou représentant mon enfant prises lors des activités et des séjours organisés par le Centre SocioCultuel du Mellois, pour sa propre promotion uniquement (site web, plaquette d'activités, rapport d'activités...). Cette autorisation est valable pour une durée de 5 ans. Elle ne concerne que les utilisations dites de communication interne et externe (brochures promotionnelles, tracts, affiches...). Je m'engage à ne demander ni rémunération, ni droit d'utilisation pour les utilisations précitées.

Fait à Melle, le
Signature du/de la responsable de l'enfant