

FICHE DE RENSEIGNEMENTS



UNE ASSOCIATION
QUI SOUTIEN
VOS PROJETS
AU QUOTIDIEN

1 - L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : / ___ / ___ / _____ /

2 - RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Père :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

CP : Ville :

Tél. domicile :

Portable :

Tél. travail :

E-mail :

N° allocataire :

CAF 79 (Caisse d'Allocations Familiales)

MSA 79 (Mutualité Sociale Agricole)

Autre caisse :

N° de Sécurité Sociale couvrant l'enfant :

.....

Mère :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

CP : Ville :

Tél. domicile :

Portable :

Tél. travail :

E-mail :

N° allocataire :

CAF 79 (Caisse d'Allocations Familiales)

MSA 79 (Mutualité Sociale Agricole)

Autre caisse :

N° de Sécurité Sociale couvrant l'enfant :

.....

Situation familiale :

Mariés / Pacsés / Concubins

Divorcés / Séparés

Autre personne : Lien avec l'enfant : Responsable légal-e : oui non

Nom : Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Portable : Tél. domicile :

E-mail : Tél. travail :

N° S. S. couvrant l'enfant :

Je soussigné-e....., responsable légal-e de l'enfant désigné-e ci-dessus, certifie l'exactitude de ces informations et m'engage à signaler tout changement survenant en cours d'année.

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

Cadre réservé à l'administration

Nouveau dossier

Nouvelle fiche pour mise à jour

FICHE SANITAIRE

Cette fiche peut être remise sous pli cacheté avec le nom de l'enfant



UNE ASSOCIATION
QUI SOUTIEN
VOS PROJETS
AU QUOTIDIEN

1 - L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : / ___ / ___ / _____ /

2 - VACCINATIONS DE L'ENFANT → Merci de joindre une copie des vaccinations

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

3 - SANTÉ

► Allergie(s) :

Asthme

Alimentaire

Médicamenteuse

Autres :

Cause de l'allergie :

Conduite à tenir :

► Autres indications ou recommandations :

Difficultés de santé à connaître (maladie, accident, crises convulsives, 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

L'enfant doit-il/elle suivre un traitement nécessitant la prise de médicament au cours des activités ?

Si oui, merci de fournir :

Oui Non

- l'ordonnance récente et une autorisation écrite des parents à administrer le médicament

- les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine, marqués au nom de l'enfant

- le nom du médecin traitant : Tél :

Je soussigné-e....., responsable légal-e de l'enfant désigné-e ci-dessus, certifie l'exactitude de ces informations et m'engage à signaler toute évolution de santé qui nécessite d'être connue des responsables des activités pour un bon accueil de l'enfant.

Fait à Melle, le

Signature du/de la responsable de l'enfant

Cadre réservé à l'administration

Nouveau dossier

Nouvelle fiche pour mise à jour

AUTORISATION PARENTALE

sept. 2017/août 2018



UNE ASSOCIATION
QUI SOUTIEN
VOS PROJETS
AU QUOTIDIEN

1 - L'ENFANT

Nom : Prénom :

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

Établissement fréquenté : Classe :

2 – AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné-e....., responsable légal-e de l'enfant désigné-e ci-dessus,

► autorise mon enfant à **participer aux activités** du Centre SocioCultural du Mellois.

Pour la baignade et les activités nautiques, je précise que mon enfant :

- sait nager est nageur/se débutant-e ne sait pas nager a peur de l'eau
 il/elle a une attestation d'aisance aquatique un brevet de natation (*merci d'en fournir une copie*)

► autorise le Centre SocioCultural du Mellois et le/la responsable des activités à **prendre, le cas échéant, toutes mesures (soins médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale)** rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

► autorise le Centre SocioCultural du Mellois et le/la responsable de l'activité à **transporter ou faire transporter mon enfant** par bus, minibus ou véhicule personnel d'un-e salarié-e ou d'un-e bénévole de l'association.

► autorise mon enfant à **quitter seul-e le lieu d'activité** à l'issue de l'activité : oui non

► autorise **les personnes suivantes à venir chercher mon enfant** :

1. Nom, Prénom : 2. Nom, Prénom :

Lien avec l'enfant : Lien avec l'enfant :

Tél. : Tél. :

► autorise le Centre SocioCultural du Mellois et le/la responsable de l'activité à **utiliser à des fins pédagogiques ou pour la promotion du Centre SocioCultural** uniquement (site internet, plaquette d'activités, rapport d'activités...) **toutes photos ou vidéos** me représentant ou représentant mon enfant prises lors des activités et des séjours organisés par le Centre SocioCultural du Mellois.

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

Cadre réservé à l'administration

Documents administratifs fournis :

- Nouveau dossier
 Nouvelle fiche pour mise à jour
 Aucun changement

Documents sanitaires fournis :

- Nouveau dossier complet
 Nouvelle fiche pour mise à jour
 Copies des vaccinations pour mise à jour
 Aucun changement