

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## Accueil de Loisirs

### L'ENFANT :

<b>NOM de l'enfant :</b> ..... .....	<b>Prénom :</b> ..... .....
<b>Né (e) le :</b> .....	<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <b>à :</b> .....
<b>Domicile :</b> ..... ..... .....	

<i>Responsable légal / Ass. Familiale</i>	<i>Responsable légal / Ass. Familiale</i>
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (précisez :.....) Nom : ..... Nom de jeune fille : ..... Prénom : ..... Adresse : ..... ..... CP : ..... Commune : ..... Tél. domicile : ..... Tél. portable : ..... N° de sécurité sociale : ..... Adresse mail : ..... Profession : ..... Nom de l'employeur : ..... Adresse de l'employeur : ..... ..... Tél. travail : .....	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (précisez :.....) Nom : ..... Nom de jeune fille : ..... Prénom : ..... Adresse : ..... ..... CP : ..... Commune : ..... Tél. domicile : ..... Tél. portable : ..... N° de sécurité sociale : ..... Adresse mail : ..... Profession : ..... Nom de l'employeur : ..... Adresse de l'employeur : ..... ..... Tél. travail : .....



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**ENFANT :**

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARCON  FILLE

2 -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	
<b>Ou DT polio</b>				Autres (préciser)	
<b>Ou Tétracoq</b>					
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

### 3 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical**? oui  non

**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.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ 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  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES  oui

PRÉCISEZ LA CAUSE DE LA ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (soit au médecin le signaler).....

NOM du parent allocataire (père/mère).....

Cochez si garde alternée



**AUTORISATIONS ET ATTESTATION SUR L'HONNEUR :**

➤ **AUTORISATION PARENTALE :**

J'autorise mon enfant .....( NOM, Prénom de l'enfant)

à repartir avec les personnes autorisées suivantes :

NOM Prénom \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_ lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  
NOM Prénom \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_ lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  
NOM Prénom \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_ lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

➤ **DROIT A L'IMAGE :**

Je soussigné(e) ..... père, mère, tuteur (rayer la mention inutile) de l'enfant, autorise la commune d'HERSIN COUPIGNY à photographier ou filmer mon enfant durant le temps de fréquentation des services cantine, périscolaires, accueil de loisirs et des TAP et à utiliser son image dans des supports d'activités, d'information et de communication (site internet, Trait d'union).

➤ **AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE :**

Je soussigné(e) ..... père, mère, tuteur (rayer la mention inutile) de l'enfant, autorise la commune d'HERSIN COUPIGNY à prévenir les services d'urgence et à prendre les mesures nécessaires dans l'intérêt de l'enfant, si l'état de santé l'exige.

En cas d'urgence, prévenir en priorité :

NOM et prénom : ..... Tel : .....

Nom et coordonnées du médecin traitant : .....

➤ **ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE ET CORPORELLE :**

J'atteste avoir contracté une assurance responsabilité civile, **en cours de validité.**

Compagnie : \_\_\_\_\_ N° de contrat : \_\_\_\_\_

➤ **AUTORISATION DE DEPLACEMENT :**

- A pied
- Minibus
- Bus

*J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir la mairie de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale...).*

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

signature :