

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## Accueil de Loisirs

### L'ENFANT :

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

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

Table with 6 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT polio, Ou Tétracoq, BCG and Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, Autres (préciser).

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 ?

Table with 5 columns and 2 rows of checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

ALLERGIES : ASTHME oui [ ] Non [ ] MEDICAMENTEUSES 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 [ ]

**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 LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**REGIME ALIMENTAIRE** : sans porc : oui - non / sans viande : oui - non / végétarien : oui - non

**5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM..... ADRESSE .....  
.....  
.....  
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....  
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel communal à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :                      Signature :

**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 :