

N° allocataire CAF :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ACQ 2023-2024

Cantine, Centres de loisirs, Garderie

Votre Quotient Familial :

Renseignements Enfant :

Nom : Prénom :
Date et lieu de naissance : / /
Etablissement scolaire fréquenté :
Niveau de Classe :

Renseignements Responsable légal de l'enfant :

Parent 1

Nom :
Prénom :
Adresse :
Tél. : .../.../.../.../...
Adresse mail :
Profession :

Parent 2

Nom :
Prénom :
Adresse (si différente du parent 1) :
Tél. : .../.../.../.../...
Adresse mail :
Profession :

Renseignements médicaux :

Numéro sécurité sociale :
Nom du Médecin traitant :
Ville : Tél. Fixe :/...../...../...../.....
En cas d'hospitalisation, à quel hôpital souhaitez-vous que nous emmenions votre enfant ?
.....

Personne à prévenir en cas d'urgences : (si différente des parents)

Nom : Prénom :
Tél. Fixe :/...../...../...../..... Tél. Port. :/...../...../...../.....

Coordonnées des personnes autorisées à venir reprendre l'enfant :

Nom Prénom,	N° de téléphone
...../...../...../...../.....
...../...../...../...../.....
...../...../...../...../.....

Autorisation Parentale

Je soussigné(e) Melle, Mme, Mr,, en qualité de père, mère, tuteur (1)

- Autorise à participer à l'ensemble des activités organisées dans le cadre de la cantine et des ACM. (1)
- Autorise les responsables de la cantine et/ou des ACM à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgences médicales, y compris un transport en milieu hospitalier et m'engage à rembourser les frais médicaux éventuels. (1)
- Autorise la prise de photos et de vidéos lors des activités organisées par la mairie à des fins d'illustration dans différents supports de communication : bulletin municipal, sites internet de la mairie, exposition ... (1)
- Autorise mon enfant à quitter seul le centre à la fin des activités (1)

A le / / 20..... Signature

(1) Rayer les mentions inutiles

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ATTENTION OBLIGATOIRE POUR LES ACCUEIL DE LOISIRS :

Vous devez joindre **un certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité et à la pratique des activités physiques et sportives datant de moins de 3 mois.**

1 - VACCINATIONS

(si vous préférez vous pouvez joindre une copie du carnet de santé ou de vaccinations).

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétra coq					
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

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** quotidien ? 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	VARICELLE	COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	SCARLATINE	ANGINE	OREILLONS	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

ALLERGIES :

ASTHME Oui Non ALIMENTAIRES Oui Non MÉDICAMENTEUSES Oui Non

AUTRES

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre.**

.....

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...précisez.

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

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

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

Date :

Signature :