

**Fiche Famille**

<b>Nom</b> _____	<b>Prénom</b> _____
Civilité : _____	Téléphone : _____
Adresse : _____	Sur liste rouge : <input type="checkbox"/>
_____	E-mail : _____
_____	

Généralités	
<b>Régime</b>	<b>Situation financière</b>
Régime allocataire : _____	Nb enfants à charge : _____ Nb enfants total : _____
Allocataire : _____	Nb de parts : _____
N° Allocataire : _____	Quotient familial : _____
Caisse : _____	Date d'effet : _____
<b>Divers</b>	<b>Remarques</b>
Catégories Socio Prof : _____	
Quartier : _____	
Communauté de com. : _____	

Revenu					
Liste revenus	Coef.	Montant adulte 1	Coef.	Montant adulte 2	Total annuel

→ merci de fournir le(s) dernier(s) relevé(s) du foyer. Revenu mensuel total : \_\_\_\_\_

**Fiche Famille**

Parents

Parent 1	Parent 2
Civilité : _____	Civilité : _____
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Profession : _____	Profession : _____
Employeur : _____	Employeur : _____
Téléphone : _____ Poste : _____	Téléphone : _____ Poste : _____
Portable : _____	Portable : _____
Adresse : _____ _____	Adresse : _____ _____
Adresse employeur : _____ _____	Adresse employeur : _____ _____
Téléphone domicile : _____ <input type="checkbox"/> Liste rouge	Téléphone domicile : _____ <input type="checkbox"/> Liste rouge
Date de naissance : _____	Date de naissance : _____
Nom de naissance : _____	Nom de naissance : _____
Situation familiale : _____	Situation familiale : _____
Remarque : _____	Remarque : _____

*Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et m'engage à le respecter.*

*Signature*

**Fiche Individuelle**

<b>Nom</b> _____	<b>Prénom</b> _____
Adresse : _____ _____	Né(e) le : _____ Sexe : _____ Nationalité : _____
Téléphone : _____ <input type="checkbox"/> Liste rouge	
Portable : _____	Email : _____

<b>Généralités</b>											
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e1f5fe;"><td><b>Régime</b></td></tr> <tr> <td>Régime allocataire : _____</td> </tr> <tr> <td>Allocataire : _____</td> </tr> <tr> <td>N° Allocataire : _____</td> </tr> <tr> <td>CAF : _____</td> </tr> </table>	<b>Régime</b>	Régime allocataire : _____	Allocataire : _____	N° Allocataire : _____	CAF : _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e1f5fe;"><td><b>Situation financière</b></td></tr> <tr> <td>Nb enfants à charge : _____ Nb enfants total : _____</td> </tr> <tr> <td>Nb de parts : _____</td> </tr> <tr> <td>Quotient familial : _____</td> </tr> <tr> <td>Date d'effet : _____</td> </tr> </table>	<b>Situation financière</b>	Nb enfants à charge : _____ Nb enfants total : _____	Nb de parts : _____	Quotient familial : _____	Date d'effet : _____
<b>Régime</b>											
Régime allocataire : _____											
Allocataire : _____											
N° Allocataire : _____											
CAF : _____											
<b>Situation financière</b>											
Nb enfants à charge : _____ Nb enfants total : _____											
Nb de parts : _____											
Quotient familial : _____											
Date d'effet : _____											
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e1f5fe;"><td><b>Statistiques</b></td></tr> <tr> <td>Catégories Sociaux Prof : _____</td> </tr> <tr> <td>Quartier : _____</td> </tr> <tr> <td>Communauté de com. : _____</td> </tr> </table>	<b>Statistiques</b>	Catégories Sociaux Prof : _____	Quartier : _____	Communauté de com. : _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e1f5fe;"><td><b>Mémo</b></td></tr> <tr> <td style="height: 50px;"></td> </tr> </table>	<b>Mémo</b>					
<b>Statistiques</b>											
Catégories Sociaux Prof : _____											
Quartier : _____											
Communauté de com. : _____											
<b>Mémo</b>											

<b>Généralités</b>							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e1f5fe;"><td><b>Scolarité</b></td></tr> <tr> <td>Classe : _____</td> </tr> <tr> <td>Etabl. scolaire : _____</td> </tr> <tr> <td>Instituteur : _____</td> </tr> </table>	<b>Scolarité</b>	Classe : _____	Etabl. scolaire : _____	Instituteur : _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e1f5fe;"><td><b>Mémo</b></td></tr> <tr> <td style="height: 150px;"></td> </tr> </table>	<b>Mémo</b>	
<b>Scolarité</b>							
Classe : _____							
Etabl. scolaire : _____							
Instituteur : _____							
<b>Mémo</b>							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e1f5fe;"><td><b>Repas spéciaux</b></td></tr> <tr> <td style="height: 50px;"></td> </tr> </table>	<b>Repas spéciaux</b>						
<b>Repas spéciaux</b>							

Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'Individus			
Interdit	Nom - Prénom	Téléphones	Lien parenté
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

**Fiche Individuelle**

Parents	
<b>Parent 1</b> <span style="float: right;">Responsable légal <input type="checkbox"/></span>	<b>Parent 2</b> <span style="float: right;">Responsable légal <input type="checkbox"/></span>
Parenté : _____	Parenté : _____
Civilité : _____	Civilité : _____
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Profession : _____	Profession : _____
Employeur : _____	Employeur : _____
Téléphone : _____ Poste : _____	Téléphone : _____ Poste : _____
Portable : _____	Portable : _____
	<b>Parent 3</b> <span style="float: right;">Responsable légal <input type="checkbox"/></span>
	Parenté : _____
	Civilité : _____
	Nom : _____
	Prénom : _____
	Profession : _____
	Employeur : _____
	Téléphone : _____ Poste : _____
	Portable : _____

**Je (Nous) soussigné(s), ..... responsable(s) légal(aux) de l'Individus certifie(ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.**





## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

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

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				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** pendant le séjour ? 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	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES 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.**)

---



---



---



---

---

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

*à auquel l'enfant est rattaché.*

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

---

---

OBSERVATIONS

---

---

---

---

---



## FICHE D'AUTORISATIONS

Je soussigné(e) (NOM, Prénom, Adresse)

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

Cocher la case correspondant à votre choix

Détails	Autorise	N'autorise pas
Le personnel à sortir mon enfant de l'enceinte de l'établissement pour les sorties en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel à photographier ou filmer mon enfant dans la mesure où les films et images ne seront utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel à photographier ou filmer mon enfant afin que certains films et certaines images soient mis en ligne sur le site internet de la Communauté de Communes Gartempe Saint-Pardoux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'équipe et la Direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident impliquant mon enfant (SAMU, Pompiers, hospitalisation et anesthésie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon enfant à rentrer seul à la fin de la journée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel à transporter ou faire transporter mon enfant dans les véhicules de l'établissement dans le cadre des sorties en groupe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon enfant à se baigner (Seuls les enfants vaccinés contre la Polio peuvent se baigner.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fait à .....

Le ...../...../.....

<p><b>Signature</b></p>
-------------------------