

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS



Nom, Prénom de l'enfant : _____ (Fille) (Garçon) Né(e) le _____
 Ecole : _____ Enseignant _____ Classe _____
 L'enfant sait-il nager ? OUI NON Piscine autorisée OUI NON
 Régime alimentaire : _____ **Date dernière mise à jour du carnet de santé** _____
 Allergies : _____
 Recommandations des parents _____

PARENTS DE L'ENFANT	Père Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Mère Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom		
Adresse du domicile		
Tel / Domicile /portable/travail		
Courriel		
Catégorie socioprof.		

Personne à joindre en cas d'urgence (Nom + téléphone) : _____

N° allocataire CAF _____ Quotient familial _____ Régime social _____

CAF d'appartenance : CAF DES VOSGES Autre CAF _____ Nbre d'enfants à charge _____

Famille : couple monoparentale accueil

Nom et adresse des personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom - Prénom	adresse	téléphone	Lieu de parenté

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives. OUI NON

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveaux média, affiches...) OUI NON

Médecin traitant : NOM _____ Téléphone _____

Adresse _____

Fait à _____ le _____ Signature,

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Enfant : fille garçon Date de naissance : _____
 Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé .

Accueil de loisirs : Dates du séjour : _____ Adresse : _____

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui non		Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui non		Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<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
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<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 : médicamenteuses oui non asthme oui non
alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

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

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

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

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

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Tél. domicile : travail : portable :

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 responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :



Dossier d'Inscription Accueil de Loisirs

Nom de l'enfant : _____

Prénom de l'enfant : _____

Né(e) le : _____

Lieu : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Quotient Familial CAF (joindre obligatoire une attestation) _____
et Numéro d'allocataire (obligatoire) _____

FEDERATION DES ŒUVRES LAIQUES

Ligue de l'enseignement 15 rue Général de Reffye 88000 EPINAL

Tél : 03.29.69.64.63 - vse@fol-88.com

Accueil de loisirs

CHARMES

2020-2021

Directeur du centre Charmes : Tél : 07.55.65.79.15 -
charmés.alsh@fol-88.com