

"ENFANCE / JEUNESSE"



Lien de parenté avec l'enfant de la personne qui **complète et signe** la fiche de renseignements

Mère() Père() Tutrice*() Tuteur*() *ex. : famille d'accueil

1

L'ENFANT	
Nom prénom	<input type="text"/>
Né(e) le	<input type="text"/>
Sexe	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Le 1er PARENT	
Nom prénom	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
Téléphone	Domicile <input type="text"/> Portable <input type="text"/>
Courriel	<input type="text"/>
Le 2e PARENT	
Nom prénom	<input type="text"/>
Adresse (si différente de celle du 1er parent)	<input type="text"/>
Téléphone	Domicile <input type="text"/> Portable <input type="text"/>
Courriel	<input type="text"/>

2

QUOTIENT FAMILIAL	Q.F. CAF <input type="text"/>	Date du justificatif <input type="text"/>	N° allocataire <input type="text"/>
	Q.F. calculé avec l'avis d'imposition <input type="text"/>	Date du justificatif <input type="text"/>	
<p><i>Les allocataires de la CAF de Grenoble doivent fournir le justificatif du quotient familial calculé par la CAF</i> <i>Les non allocataires doivent fournir une copie de leur dernier avis d'imposition</i></p>			

* ATTENTION AUCUNE ANNULATION NE SERA PRISE EN COMPTE APRES LE PERIODE D'ESSAI SAUF DEMENAGEMENT OU AVIS MEDICAL (CONFERE REGLEMENT INTERIEUR)

3

		Nom de l'atelier	Jour	Horaires
Inscriptions aux ATELIERS	Atelier n° 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Atelier n° 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Atelier n° 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VOIR AU VERSO				

NOM Prénom de l'enfant

**ATTESTATION
AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant,

- 1) déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- 2) autorise la ou les personne(s) suivante(s) à récupérer mon enfant à la fin des activités :

Mme, Melle, M. :

Mme, Melle, M. :

3) autorise mon enfant à rentrer seul à la maison à la fin des activités,

OUI	NON
-----	-----

4) à prendre le car et/ou le mini-bus pour les sorties dans le cadre des activités,

5) autorise les responsables à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale),

Rappel : avez-vous pensé à noter vos n° de téléphones portables au recto de cette fiche ?

- 6) déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs et d'en accepter les termes,
- 7) donne autorisation au CSC A. Malraux pour prendre des photos de mon enfant dans le cadre des activités et de les utiliser dans ses publications et celles de la Mairie de Jarrie : journal, guide pratique, site internet et autres supports.

Date

Signature



<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	1 – ENFANT
	NOM: _____
	PRÉNOM: _____
	DATE DE NAISSANCE: _____
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2020. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou 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?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui non	oui non	oui non	oui non	oui non
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	
oui non	oui non	oui non	oui non	

Allergies: **ASTHME** oui non **ALIMENTAIRES** oui non **MEDICAMENTEUSES** oui non

AUTRES _____

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

En cas de régime alimentaire, précisez :

SANS VIANDE

SANS PORC

Indiquez ci-après:

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

Recommandations utiles des parents:

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

BAIGNADE : SAIT NAGER

SE DEBROUILLE

NE SAIT PAS NAGER

Observations diverses :

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

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.

Médecin traitant :

Nom: _____ Tél: _____

N° de sécurité sociale de l'enfant : _____

Date :

Signature: