



SERVICE ANIMATION ENFANCE DU BIGNON

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS 2021/2022

INFORMATIONS SUR L'ENFANT OU LE JEUNE

NOM et PRENOM : Date de naissance :/...../..... Sexe :

École fréquentée : Niveau de classe 2021-2022 :

Porte des lunettes : OUI / NON Porte un appareil dentaire : OUI / NON Porte un appareil auditif : OUI / NON

Allergie :

INFORMATIONS SUR LES PARENTS

Parent 1

Parent 2

NOM

PRÉNOM

SITUATION FAMILIALE

Marié(e)s Pacsé(e)s Union libre Célibataire Veuf(ve) Séparé(e)/divorcé(e)

TEL DOMICILE

TEL MOBILE

TEL TRAVAIL

MAIL*

ADRESSE

RÉGIME DU RESPONSABLE

Régime général N° allocataire CAF (Loire Atlantique) :

Régime agricole N° MSA :

La tarification des services d'animation enfance et jeunesse se fait selon un taux d'effort appliqué à votre quotient familial. Nous vous incitons donc à prendre contact avec les services de la CAF si toutefois votre QF n'est pas connu et de signaler tout changement susceptible de modifier votre tarification (voir règlement de fonctionnement).

ASSURANCES

N° de sécurité sociale :

Mutuelle complémentaire :

Assurance responsabilité civile* :

** assurance vie privée et individuelle accident pour les activités extrascolaires.*

Je soussigné(e),,

déclare exacts les renseignements indiqués sur cette fiche

autorise l'agent habilité à consulter, et à conserver les renseignements figurant sur mon dossier allocataire via le site Mon Compte Partenaire.

avoir lu et accepté le règlement intérieur des structures

A LE BIGNON, le..... Signature :

SERVICE ANIMATION ENFANCE DU BIGNON

AUTORISATIONS COMPLÉMENTAIRES

NOM et PRENOM de l'enfant ou du jeune :

PHOTOS ET VIDEOS

Je soussigné(e),

autorise / n'autorise pas

la diffusion d'une photo ou d'un film où mon enfant apparaît distinctement, à des fins informationnelles ou promotionnelles.

Signature :

SORTIE SEUL(E) – À PARTIR de 6 ANS

Je soussigné(e),

autorise / n'autorise pas

mon enfant à partir seul des structures enfance (accueil de loisirs, accueil périscolaire), **indiquez les jours ci-dessous** :

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

autorise / n'autorise pas

Signature :

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER VOTRE ENFANT

Je soussigné(e),

autorise

mon enfant à partir avec les personnes suivantes :

NOM Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020

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. 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	VARICÈLLE	ANGINE	OREILLONS	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	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
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 ALIMENTAIRES oui non MÉDICAMENTEUSES 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.

BAINNADE : 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: _____