



# SERVICE ANIMATION ENFANCE ET JEUNESSE DU BIGNON

## FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS 2019/2020

### INFORMATIONS SUR L'ENFANT OU LE JEUNE

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

École fréquentée : ..... Niveau de classe **2019-2020** : .....

Téléphone du jeune (le cas échéant) : Tél mobile : ..../...../...../...../.....

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

### INFORMATIONS SUR LES PARENTS

(merci de compléter les informations manquantes)

	Parent 1	Parent 2
NOM		
PRÉNOM		
SITUATION FAMILIALE	<input type="checkbox"/> Marié(e)s <input type="checkbox"/> Pacsé(e)s <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Séparé(e)/divorcé(e)	
TEL DOMICILE		
TEL MOBILE		
TEL TRAVAIL		
MAIL*		
* Toutes les informations des services animation sont diffusées par mail (programmes, inscriptions, ...) n'oubliez pas de compléter vos adresses 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 CDAP.
- avoir lu et accepté le règlement intérieur des structures

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

# SERVICE ANIMATION ENFANCE ET JEUNESSE 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

mon jeune à partir seul après les activités organisées par l'animation jeunesse et durant les accès libres.

**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 :**

**Vous pouvez à tout moment rectifier ces autorisations. Prenez contact avec la directrice ou directeur de structures par mail.**

# 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 EVITE DE VOUS DEMANDER 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	
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 marqués 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 AIGU	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 D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?  NON  OUI

## 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

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

Numéros de téléphone :

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

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

travail : \_\_\_\_\_

travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TEL. 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) jugées nécessaires par le/la docteur 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 : \_\_\_\_\_

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

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

## A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_