

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENT

NOM DE L'ENFANT : PRENOM :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Adresse du domicile :

Code postal : Ville :

RESPONSABLE DE L'ENFANT : ☐ mère ☐ père ☐ tuteur ☐ famille d'accueil

Parent 1 : Nom : Prénom :

Date de naissance : / / lieu de naissance :

Tél. : Tél. travail :

Profession : E-mail :

Adresse (si différente de l'enfant) :

Parent 2 : Nom d'usage :

Nom de naissance : Prénom :

Date de naissance : / / lieu de naissance :

Tél. : Tél. travail :

Profession : E-mail :

Adresse (si différente de l'enfant) :

Situation familiale : ☐ Mariés/Pacsés/Concubinage ☐ Veuve/Veuf ☐ Divorcés/Séparés/Célibataire
☐ Garde alternée : ☐ Semaine paire ☐ Semaine impaire
(Pour les gardes alternées chaque parent doit faire un dossier)

NUMERO ALLOCATAIRE CAF/MSA : (Si pas de n° allocataire, fournir le dernier avis d'imposition lors de l'inscription. A défaut la tarification se fera sur la tranche la plus forte de la grille tarifaire).

N° de police d'assurance : Compagnie :

En cas d'urgence, prévenir (autre que les responsables légaux) :

Nom : Prénom : Tél :

Personnes susceptibles de récupérer l'enfant (autre que les responsables légaux) :

Nom : Prénom : Tél :

Nom : Prénom : Tél :

(Présentation obligatoire de la carte d'identité pour récupérer l'enfant)

SCOLARISATION DE L'ENFANT cocher une case ci-dessous et renseigner les éléments **Classe** :

☐ École Maternelle ☐ École Élémentaire ☐ Institution (IME, ITEP, IEM, IES...) ☐ A Domicile

Nom de l'École ou de l'Institution :

L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnel de Scolarisation (P.P.S.) ? cocher la case correspondante

Le P.P.S. propose des dispositifs tels que : AVS/AESH - ULIS - matériel adapté...

Pour garantir la qualité de l'accueil une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant. ☐ Non ☐ Oui ☐ Ne souhaite pas répondre

REGIME ALIMENTAIRE cocher la case correspondante.

A détailler dans la fiche sanitaire en cas de troubles de la santé, allergies, Projet d'accueil Individualisé (PAI), autres...

☐ Aucun ☐ Allergie ☐ Autres troubles de santé ☐ Autres Préciser

SUIVI COMPLÉMENTAIRE (CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de jour) cocher la case correspondante.

Pour garantir la qualité de l'accueil une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant. ☐ Non ☐ Oui ☐ Ne souhaite pas répondre

BÉNÉFICIAIRE DE L'AAEH cocher la case correspondante.

Recensement du nombre de bénéficiaires de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé à des fins statistiques pour la CAF. Cette valorisation peut permettre selon les situations l'octroi de financement pour améliorer la prise en compte des besoins particuliers de l'enfant dans la structure. ☐ Non ☐ Oui ☐ Ne souhaite pas répondre

REMARQUES COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT L'ENFANT Renseigner les éléments si nécessaire

.....

.....

.....

.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / _____
 GARÇON ☐ FILLE ☐

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). Copie à joindre

Pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018, voici la liste des 11 vaccins obligatoires en Accueil Collectif de Mineurs :
 Antidiphtérique ; Antitétanique ; Antipoliomyélique ; Contre la coqueluche ; Contre les infections invasives à Haemophilus influenzae de type b ; Contre le virus de l'hépatite B ; Contre les infections invasives à pneumocoque ; Contre le méningocoque de sérotype C ; Contre la rougeole ; Contre les oreillons ; Contre la rubéole.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs oui ☐ non ☐

Attention : les médicaments peuvent être administrés uniquement sur ordonnance + autorisation parentale écrite

Pour les cas particuliers (P.A.I.) joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
 ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR.....

P.A.I. (projet d'accueil individualisé) en cours oui ☐ non ☐ (joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui ☐ non ☐
 -DES LUNETTES : au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant oui ☐ non ☐
 -DES PROTHÈSES AUDITIVES : au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant oui ☐ non ☐
 -DES PROTHÈSES / APPAREIL DENTAIRE : au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant oui ☐ non ☐
 -AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

4- AUTORISATIONS

-J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui ☐ non ☐
 -J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui ☐ non ☐

Je soussigné (e) _____, déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et l'accepte sans réserve.

Je déclare exact les renseignements portés au recto et au verso de cette fiche et m'engage à avertir l'équipe d'animation de toute modification. J'autorise mon enfant.....

➢ A participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs (intérieures et extérieures) : ☐ oui ☐ non
 ➢ A être pris en photo ou en vidéo, dans le cadre des activités, pour d'éventuelles diffusions sur site internet de la commune, journal communal et presse locale : ☐ oui ☐ non
 ➢ A être transporté en véhicule de service et car de location lors d'activités extérieures : ☐ oui ☐ non
 ➢ A rentrer seul à la fin de l'accueil : **décharge automatiquement la commune de toute responsabilité en cas d'incident survenu lors du trajet retour dès lors que l'enfant a quitté l'accueil de loisirs en prenant en compte la distance et la bonne évaluation des dangers du trajet ACM/maison :** ☐ oui ☐ non

-J'autorise également le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage à régler la part des frais médicaux.

A Le

Signature :

(Précédée de la mention «lu et approuvé»)

PIECES A FOURNIR IMPÉRATIVEMENT :

- ☒ Photocopie du carnet de santé (vaccins à jour)
- ☒ Attestation d'assurance scolaire/extrascolaire (responsabilité civile).