

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2019/2020



JEUNE : (à partir de 10 ans pour l'espace jeunes)

Nom : Prénom :

Né(e) le : __/__/____ Sexe : M / F

Tel portable du jeune : __/__/__/__/__

Adresse de l'enfant :

Code postal : ____ Ville : Si Rennes, précisez le quartier :

N° de Sécurité Sociale :

RESPONSABLE LÉGAL (Mère, tutrice, etc)	RESPONSABLE LÉGAL (Père, tuteur, etc)
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Tel portable : __/__/__/__/__	Tel portable : __/__/__/__/__
Tel domicile : __/__/__/__/__	Tel domicile : __/__/__/__/__
Tel travail : __/__/__/__/__	Tel travail : __/__/__/__/__
Adresse mail :	Adresse mail :
Adresse postale :	Adresse postale :
.....
Code postal : Ville :	Code postal : Ville :
Situation familiale :	Situation familiale :
Autorité parentale : Oui / Non	Autorité parentale : Oui / Non

Autorisations Parentales

Autorise l'enfant à quitter la structure seul	Oui	Non
Prise d'images	Oui	Non
Diffusion d'images	Oui	Non

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autres que parents) :

Nom	Prénom	Tel	Adresse	Lien de famille

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom	Prénom	Tel	Adresse	Lien de famille

NUMERO ALLOCATAIRE CAF :

Quotient familial :

Afin de calculer le montant de certaines activités/sorties/mini camps en fonctions de votre quotient familial, nous avons besoin de votre autorisation pour consulter votre dossier CAF.

- J'autorise l'accès sécurisé et restreint de mon dossier CAF
 Je n'autorise pas l'accès sécurisé et restreint de mon dossier CAF

Je me dois d'informer et de signaler tout changement auprès de l'animateur et je confirme avoir vérifié que mon assurance en **Responsabilité Civile** couvre bien les activités extrascolaires de mon enfant

Date :

Signature, précédé de la mention « lu et approuvé » rrr





Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION DÉPARTEMENTALE DE LA COHESION
SOCIALE ET DE LA PROTECTION DES POPULATIONS



Ille & Vilaine
LE DÉPARTEMENT

POLE ÉGALITÉ DES CHANCES
DIRECTION ENFANCE JEUNESSE SPORTS

FICHE SANITAIRE de LIAISON Document confidentiel (à transmettre sous enveloppe cachetée)

NOM DU MINEUR : _____
 PRENOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : ____/____/____ SEXE : M F
 DATES ET LIEU DU SEJOUR : _____

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour du mineur (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles) ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueuche	
Tétanos				Haemophilus	
Polio-myélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : Taille :
(informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui non

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **événements soins à apporter** ?
 oui non

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne...

4. RESPONSABLE DU MINEUR

NOM PRENOM
 ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date et signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR ET A RETOURNER A LA FAMILLE EN FIN DE SEJOUR
 COORDONNEES de l'ORGANISATEUR du SEJOUR :

OBSERVATIONS :