

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

**Activités ENFANCE JEUNESSE**

**ANNEE 2022**

Photo

**L'ENFANT**

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance : ...../...../.....

Sexe :  M /  F

Ecole fréquentée : .....

**L'enfant vit avec**  Ses deux parents  Son père  Sa mère  Un tuteur

**LA FAMILLE** Situation des parents :  Mariés  pacsés  Concubinage  Séparés  Veuf(ve)  Célibataire

**Responsable légal 1 :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville .....

Tél. domicile..... Portable.....

Tél. travail.....

Adresse email : .....@.....

*J'autorise la CCCD à me transmettre des informations par mail*  oui  non

**Responsable légal 2 :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville.....

Tél. domicile..... Portable.....

Tél. travail.....

Adresse email : .....@.....

*J'autorise la CCCD à me transmettre des informations par mail*  oui  non

**En cas de litiges familiaux, les parents (ou le responsable légal) devront fournir la copie du jugement de garde de l'enfant.**

**Famille d'accueil :**

Nom ..... Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville.....

Tél. domicile..... Portable : .....

Courriel : .....@.....

*J'autorise la CCCD à me transmettre des informations par mail*  oui  non

**TARIFICATION**

CAF

Avis d'imposition

MSA

N° CAF ..... N° MSA .....

Quotient : ..... €

Tranche :

**1 / Vaccinations**

(se référer au carnet de santé de l'enfant) Si l'enfant n'a pas été vacciné, merci de joindre un certificat de contre-indication

Nom du médecin traitant :

Vaccins			Oui	Non	Date derniers rappels
Diphthérie	DT POLIO	Tétra coq			
Tétanos					
Poliomyélite					
Coqueluche					
Hépatite B					
Rubéole Oreillons Rougeole					
Haémophilus influenzae b					
Méningocoque C					

**2/ Renseignements médicaux concernant l'enfant**

Allergies			Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir
<b>Asthme</b>	oui	non	
<b>Alimentaire</b>	oui	non	
<b>Médicament</b>	oui	non	

**Régime alimentaire :**  Sans porc  Sans viande  Sans poisson  Végétarien  Autre .....

**Mon enfant porte :**  des lunettes  des lentilles  prothèses ou appareil dentaire  Autre .....

**P.A.I. (Projet d'accueil individualisé) en cours** oui non

Merci de joindre le protocole et toutes informations utiles

L'enfant suit-il un **traitement médical** oui non

Merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments dans leurs boîtes d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice.

**Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance**



- 
- Votre enfant a-t'il des troubles du comportement, un handicap ? oui\* non
  - Votre enfant a-t'il une reconnaissance MDPH oui\* non

\*Merci de nous transmettre la reconnaissance MDPH et de prendre contact auprès de Madame Anne DOISNEAU au 02.40.28.88.89 pour faciliter l'accueil de votre enfant.

#### 4/ Autorisations parentales



Mon enfant sait nager	oui	non
J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées	oui	non
J'autorise mon enfant à la pratique de toutes activités physiques et sportives	oui	non
J'autorise que mon enfant soit pris en photo	oui	non
J'autorise mon enfant à aller et revenir seul aux activités	oui	non
J'autorise mon enfant à être transporté en car ou mini bus pour des sorties organisées par le service Enfance Jeunesse	oui	non

J'Autorise les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant :

Nom Prénom	Lien de parenté		

Si, occasionnellement, une autre personne vient chercher l'enfant, la famille devra préalablement prévenir. La personne mandatée par la famille devra se munir d'une pièce d'identité.

Qui appeler en cas d'urgence autre que les parents ?

Nom Prénom	Lien de parenté		

#### AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) -----responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence.

Je m'engage à prévenir le **Guichet Unique** au 02.40.28.88.89 en cas d'absence de mon enfant à l'activité réservée.

Je note que seules les absences pour raison de santé de l'enfant, attestées par un certificat médical et signalées au plus tard la veille avant 10 h; peuvent faire l'objet d'un remboursement, la première journée n'étant pas remboursée. **(Présentation du certificat médical sous 5 jours)**

Je décharge les organisateurs en cas d'accident qui pourrait survenir avant ou après la prise en charge effective des enfants.

Le

Signature :

A