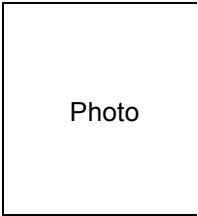


FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Activités ENFANCE JEUNESSE

ANNEE 2019



L'ENFANT

NomPrénom

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

Sexe : M / F

Ecole fréquentée en 2018/2019 :

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 :

NomPrénom :

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
Asthme	oui	non	
Alimentaire	oui	non	
Médicament	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 le service enfance jeunesse de la CCCD à utiliser ses photos (presse, site internet,...)	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	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