

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT

PHOTO DE
L'ENFANT

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ Lieu de naissance _____

Sexe Masculin Féminin

Ecole fréquentée _____ Classe : _____

Nom du professeur des écoles : _____

Adresse où réside l'enfant si différent du domicile parental : N° _____ (bis, ter...) _____

Type de voie (rue, avenue, place) _____ Nom de la voie _____

Complément d'adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Assurance responsabilité civile Compagnie _____ N° de police _____
(Joindre l'attestation d'assurance)

L'enfant sait-t-il nager ? Oui (joindre le brevet de natation) Non

L'enfant a-t-il validé le test d'aisance aquatique ? Oui (joindre l'attestation de réussite) Non

AUTORISATIONS ET DECHARGES

Ayant pris connaissance des conditions de fonctionnement du centre de loisirs, je soussigné _____, responsable de l'enfant inscrit ci-dessus :

- ▶ **Certifie** exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- ▶ **Certifie** avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils de loisirs et en accepte les conditions.
- ▶ **Certifie** avoir évoqué avec mon enfant les dispositions que contient le règlement et les comportements qu'il est tenu d'adopter lorsqu'il fréquente l'accueil de loisirs.
- ▶ **Décharge** les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir avant ou après les heures de fonctionnement du centre.
- ▶ **Décharge** les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident survenant avant la fin du centre dès lors que l'enfant a été pris en charge par ses parents ou une personne autorisée.
- ▶ **Autorise** mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs, sur le centre ou à l'extérieur y compris avec déplacement en bus ou à pied.
- ▶ **Autorise** mon enfant à quitter seul le centre de loisirs : Oui Non
(Réservé aux enfants d'âge primaire)
- ▶ **Autorise** que mon enfant soit photographié/ filmé Oui Non

dans le cadre des activités inhérentes au centre de loisirs sachant que les images ne pourront être utilisées que dans des supports écrits et/ou audiovisuels et/ou sur le site Internet des Francas de Haute Saône, du Centre Social St Exupéry et/ou de la Communauté de communes du Pays de Luxeuil.

Si un organisme extérieur souhaitait réaliser un tournage, celui-ci ferait l'objet d'une demande spécifique ponctuelle

Signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom _____ Prénom _____

FICHE A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné _____ responsable légal de l'enfant _____
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable d'établissement à
prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)
rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Signature

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom du médecin traitant : _____

Adresse : _____

Tel : _____

Maladies chroniques : asthme, convulsion, diabète, autres (précisez) :

Réactions allergiques : médicaments, aliments, autres (précisez)

Précisez les précautions à prendre :

L'enfant suit-il un régime alimentaire médical : Oui Non

Si oui, lequel ? _____

L'enfant suit-il un traitement médical Oui Non

Si oui, lequel ? _____

Autres difficultés de santé : maladie, accident, hospitalisation, opération (précisez)

Maladies déjà contractées (faites une croix dans les cases correspondantes)

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Rubéole |
| <input type="checkbox"/> Angines | <input type="checkbox"/> Rhumatismes | <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Coqueluche |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Roséole | <input type="checkbox"/> Autres maladies : | _____ |

L'enfant souffre-t-il d'allergies ? (des précisions seront à apporter dans la partie suivante)

- Alimentaires Médicamenteuses Asthme Autres

Précisez dans tout les cas : _____

Un Projet d'Accueil Individualisé a-t-il été mis en place dans le domaine scolaire ?

- Oui (en informer le directeur de l'accueil de loisirs) Non

RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Appareillage : port de lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, auditif, semelles orthopédiques, autres (précisez)

Antécédent particuliers : fractures, entorses, autres (précisez)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATION ET DE NON CONTRE-INDICATION

Je soussigné Dr _____

Atteste que l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

A été soumis aux vaccinations obligatoires

Atteste l'absence de contre indication à la pratique de activités physiques et sportives adaptées à son âge valables pour toutes les disciplines à l'exception de celles mentionnées par le médecin (_____

_____) et de celles comportant des risques particuliers conformément à l'arrêté du 28 avril 2000.

Fait à _____ le _____

Signature et cachet obligatoire du médecin consulté

Aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans l'ordonnance de prescription et l'emballage d'origine (sauf cas exceptionnel).