

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT

IDENTITE

Nom : _____	
Prénom : _____	Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Date de naissance _____	Lieu de naissance _____
Ecole fréquentée _____	Classe : _____
Adresse où réside l'enfant si différent du domicile parental : N° _____ (bis, ter...) _____	
Rue _____.	
Code postal _____	Commune _____

AUTORISATIONS ET DECHARGES

Prise d'image : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures sachant que les images ne pourront être utilisées que dans des supports écrits et/ou audiovisuels et/ou sur le site Internet de la Communauté de Communes du Pays de Luxeuil, des Francas, de l'ACSL.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur la structure, une autorisation parentale datée et signée est obligatoire. (Réservé aux enfants d'âge primaire)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nage : l'enfant sait t'il nager (si oui, joindre le brevet de natation)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

ATTESTATION

Nous soussignons Responsable 1 : _____ et
 Responsable 2 : _____,

- Certifions exacts les renseignements portés sur cette fiche et nous engageons à informer la Communauté de communes du Pays de Luxeuil de toute évolution de ces informations.
- Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils de loisirs et en accepte les conditions
- Autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- Autorisons l'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.
- Déchargeons les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir avant ou après les heures de fonctionnement du centre.
- Déchargeons 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.

Fait le _____ A _____.	Fait le _____ A _____.
Signature Responsable 1	Signature Responsable 1





Communauté de communes du Pays de Luxeuil
www.paysdeluxeuil.fr – *Le Pays de Luxeuil, le sens de l'accueil*



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom : _____

Prénom : _____ Sexe Masculin Féminin

REGIME ALIMENTAIRE

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

Si oui, lequel ? _____

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI)

Un Projet d'Accueil Individualisé a-t-il été mis en place ? Oui Non

Si OUI joindre obligatoirement une copie du PAI

MEDECIN TRAITANT

Nom _____ Prénom _____

Adresse : _____ Commune _____

Tel : _____

ASSURANCE

Compagnie : _____ N° de Police : _____

VACCINATIONS

Type de vaccin	Date de dernier rappel
BCG - monotest	
Diphthérie Tétanos Coqueluche Polyomélite	
Hépatite B	
Infections invasives à pneumocoque	
Méningite	
Rotavirus	
Rougeole Oreillons Rubéole	
Varicelle	

MALADIES DEJA CONTRACTEES

Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

ALLERGIES

Asthme (préciser la conduite à tenir) _____

Alimentaires (préciser la conduite à tenir) : _____

Médicamenteuses (préciser la conduite à tenir) _____

Autres (préciser la conduite à tenir) _____



APPAREILLAGE

Lunettes _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Appareil dentaire _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Appareil auditif _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Chaussures orthopédiques _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

AUTRES COMMENTAIRES

ATTESTATION

Nous soussignons Responsable 1 : _____ et

Responsable 2 : _____,

- **Certifions** exacts les renseignements portés sur cette fiche et nous engageons à informer la Communauté de communes du Pays de Luxeuil de toute évolution de ces informations
- **Autorisons** le responsable d'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Fait le _____ A _____.	Fait le _____ A _____.
Signature Responsable 1	Signature Responsable 2