



Intercommunal
des Portes
du Morvan

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Enfant

Nom : Prénom :
Date de naissance : Sexe : masculin Féminin
Adresse :
Adresse de facturation si différente :
Adresse E-mail :@.....
Téléphone :

Régime de l'enfant :

CAF n° allocataire (obligatoire même si vous ne touchez pas de prestation)
 MSA
Parent allocataire : Père Mère

Parents

Nom du père : Prénom :
Profession :
Employeur : Téléphone :
N°sécurité sociale : E-mail :@.....

Nom de la mère : Prénom :
Profession :
Employeur : Téléphone :
N°sécurité sociale : E-mail :@.....

Assurance extrascolaire

Nom de la compagnie :
Adresse : Téléphone :
N°de police :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussignée Mme, M
Autorise mon fils, ma fille
À participer aux différentes activités proposées par l'Accueil de Loisirs.

Mon fils, ma fille pourra être confié(e) à (une pièce d'identité pourra être demandée à ces personnes) :
.....
.....
A le,
Signature :

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)

.....
.....

Numéros de téléphone :
Mère : domicile : portable : travail :
Père : domicile : portable : travail :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale :

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....

OBSERVATIONS
.....
.....
.....
.....

Le Centre Social est assuré en responsabilité civile pour ses activités et en particulier l'accueil de Loisirs.

Compagnie : Groupama

N°de police d'assurance : 28014698/1026

Cependant, nous avons l'obligation de vous informer qu'il vous est fortement conseillé de contracter un contrat d'assurance complémentaire (si vous n'en avez pas déjà), par exemple activités périscolaires.

AUTORISATION PARENTALE DE PRISE DE VUE

Madame, Monsieur,

Dans le cadre des programmes d'activités, le Centre Social Intercommunal des Portes du Morvan prévoit l'utilisation de la photographie, de vidéos, d'enregistrements, et d'écrits réalisés par les enfants. En référence à la loi protégeant la vie privée et en tant que représentant légal de votre enfant mineur, le Centre Social doit vous demander une autorisation préalable.

Le Centre Social utilisera les réalisations dans le cadre des actions menées au sein des accueils de loisirs (petit journal, Mission Numérique, reportages, ...). Ceci dans le but de valoriser le travail des enfants. Les images, vidéos, enregistrements sonores et écrits individuels et collectifs pourront être exploités et diffusés :

- Par la presse locale (Journal du Centre et Yonne républicaine)
- Par le biais du site internet de la CCPM
- Par les affichages et distributions publics
- Sur le site Facebook du Centre Social (excepté portraits individuels)
- Par tout autre support de diffusion (Youtube, TV, ...)

Conformément à la loi, vous pourrez avoir accès à l'ensemble des images sur lesquelles figurent votre enfant et juger de l'usage qui en est fait. Vous disposerez d'un droit de retrait de certaines images si vous le jugez nécessaire (demande à formuler par écrit auprès du responsable).

Nature des prises de vues : photos et caméra numérique

Conservation des images : durée illimitée.

Je soussigné(e) agissant en tant que responsable légal de l'enfant....., autorise le Centre Social Intercommunal des Portes du Morvan à utiliser et diffuser les photos, vidéos sur lesquelles apparait mon enfant, enregistrements sonores et les créations individuelles et collectives réalisés par mon enfant dans le cadre de ses activités. Je reconnais donner cette autorisation en contrepartie de l'intérêt pédagogique que mon enfant pourra trouver dans cette activité et de mon intérêt à en avoir la trace.

Oui Non

Fait à, le

Signature des parents



FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1 - ENFANT
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**
