

Fiche Individuelle

Nom _____	Prénom _____
Adresse : _____ _____	Né(e) le : _____ Sexe : _____
Téléphone : _____	<input type="checkbox"/> Liste rouge Email : _____

Généralités									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0f2f1;"><td>Régime</td></tr> <tr><td>Régime allocataire : _____</td></tr> <tr><td>Allocataire : _____</td></tr> <tr><td>N° Allocataire : _____</td></tr> <tr><td>CAF : _____</td></tr> </table>	Régime	Régime allocataire : _____	Allocataire : _____	N° Allocataire : _____	CAF : _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0f2f1;"><td>Situation financière</td></tr> <tr><td>Quotient familial : _____</td></tr> <tr><td>Date d'effet : _____</td></tr> </table>	Situation financière	Quotient familial : _____	Date d'effet : _____
Régime									
Régime allocataire : _____									
Allocataire : _____									
N° Allocataire : _____									
CAF : _____									
Situation financière									
Quotient familial : _____									
Date d'effet : _____									
Mémo									

Parents																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0f2f1;"> <td style="width: 60%;">Parent 1</td> <td style="width: 40%;">Responsable légal <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr><td>Parenté : _____</td></tr> <tr><td>Civilité : _____</td></tr> <tr><td>Nom : _____</td></tr> <tr><td>Prénom : _____</td></tr> <tr><td>Profession : _____</td></tr> <tr><td>Téléphone : _____ Poste : _____</td></tr> <tr><td>Portable : _____</td></tr> </table>	Parent 1	Responsable légal <input type="checkbox"/>	Parenté : _____	Civilité : _____	Nom : _____	Prénom : _____	Profession : _____	Téléphone : _____ Poste : _____	Portable : _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0f2f1;"> <td style="width: 60%;">Parent 2</td> <td style="width: 40%;">Responsable légal <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr><td>Parenté : _____</td></tr> <tr><td>Civilité : _____</td></tr> <tr><td>Nom : _____</td></tr> <tr><td>Prénom : _____</td></tr> <tr><td>Profession : _____</td></tr> <tr><td>Téléphone : _____ Poste : _____</td></tr> <tr><td>Portable : _____</td></tr> </table>	Parent 2	Responsable légal <input type="checkbox"/>	Parenté : _____	Civilité : _____	Nom : _____	Prénom : _____	Profession : _____	Téléphone : _____ Poste : _____	Portable : _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0f2f1;"> <td style="width: 60%;">Parent 3</td> <td style="width: 40%;">Responsable légal <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr><td>Parenté : _____</td></tr> <tr><td>Civilité : _____</td></tr> <tr><td>Nom : _____</td></tr> <tr><td>Prénom : _____</td></tr> <tr><td>Profession : _____</td></tr> <tr><td>Téléphone : _____ Poste : _____</td></tr> <tr><td>Portable : _____</td></tr> </table>	Parent 3	Responsable légal <input type="checkbox"/>	Parenté : _____	Civilité : _____	Nom : _____	Prénom : _____	Profession : _____	Téléphone : _____ Poste : _____	Portable : _____
Parent 1	Responsable légal <input type="checkbox"/>																												
Parenté : _____																													
Civilité : _____																													
Nom : _____																													
Prénom : _____																													
Profession : _____																													
Téléphone : _____ Poste : _____																													
Portable : _____																													
Parent 2	Responsable légal <input type="checkbox"/>																												
Parenté : _____																													
Civilité : _____																													
Nom : _____																													
Prénom : _____																													
Profession : _____																													
Téléphone : _____ Poste : _____																													
Portable : _____																													
Parent 3	Responsable légal <input type="checkbox"/>																												
Parenté : _____																													
Civilité : _____																													
Nom : _____																													
Prénom : _____																													
Profession : _____																													
Téléphone : _____ Poste : _____																													
Portable : _____																													

Personnes autorisées ou interdites à récupérer le Participant			
Interdit	Nom - Prénom	Téléphones	Lien parenté
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

Je (Nous) soussigné(s), responsable(s) légal(aux) du Participant certifie(ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

Fiche Famille

Nom	Prénom
Civilité : _____	Téléphone : _____
Adresse : _____	Sur liste rouge : <input type="checkbox"/>
_____	E-mail : _____

Généralités	
Régime	Situation financière
Régime : _____	Nb enfants à charge : _____ Nb enfants total : _____
Allocataire : _____	Nb de parts : _____
N° Allocataire : _____	Quotient familial : _____
Caisse : _____	Date d'effet : _____
Remarques	

Parents	
Parent 1	Parent 2
Civilité : _____	Civilité : _____
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Profession : _____	Profession : _____
Téléphone : _____ Poste : _____	Téléphone : _____ Poste : _____
Portable : _____	Portable : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
_____	_____
Téléphone domicile : _____	Téléphone domicile : _____
_____ <input type="checkbox"/> Liste rouge	_____ <input type="checkbox"/> Liste rouge

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et m'engage à le respecter.

J'autorise / Je n'autorise pas : la structure à saisir mes informations personnelles.

J'autorise / Je n'autorise pas : la structure à saisir mes informations médicales.

Fait le :

Signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONQUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : / /

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES		ANTIVIRIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES	RAPPELS	DATES	VACCIN	DATES	DATES
Du DT polio	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Du DT coq	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Du Tétracoq	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
D'une prise polio	/ /	/ /	/ /	1 ^{er} RAPPEL	/ /	/ /
ANTITUBERCULEUSE (BCG)	DATES		DATES		DATES	
1 ^{er} VACCIN	/ /		VACCIN			
REVACCINATION	/ /		1 ^{er} RAPPEL			

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	/ /
.....	/ /

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
 L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....	/ /
.....	/ /
.....	/ /

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT
 NOM : PRENOMS :
 ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. : N° DE TEL : DOMICILE : BUREAU :

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :
 Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : Signature :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : Cachet de l'organisme (siège social)

ARRIVEE LE / /
 DEPART LE / /

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR
 PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

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

ESPACE ST GILLES

04 rue de la Victoire 59143 Watten

☎ : 03.21.88.34.77

AUTORISATIONS

Nous, soussignons,

Mr et Mme

Adresse :

Autorisons expressément les personnes citées ci-dessous à venir récupérer notre enfant :

Nom : Prénom :

Personnes autorisées :

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté

DETAILS DES AUTORISATIONS

<input type="checkbox"/> Autorisons <input type="checkbox"/> N'autorisons pas	Mon enfant à participer aux sorties proposées par le Centre de loisirs
<input type="checkbox"/> Autorisons <input type="checkbox"/> N'autorisons pas	Mon enfant à être photographié ou filmé dans le cadre des activités du Centre de loisirs. Celles-ci peuvent être diffusées sur la page Facebook du Centre, le site Internet, des supports numériques destinés aux partenaires, la plaquette d'activités, la presse, sur les affiches et lors d'exposition publique.
<input type="checkbox"/> Autorisons <input type="checkbox"/> N'autorisons pas	Mon enfant à être hospitalisé ou pris en charge par les services d'intervention (pompiers, SAMU,...) en cas de situation d'urgence.
<input type="checkbox"/> Autorisons <input type="checkbox"/> N'autorisons pas	Mon enfant à rentrer seul du Centre de loisirs à la fin de la journée. Merci de préciser l'horaire, si votre enfant doit quitter l'activité avant son horaire de fin : h.....

Date :

Signature des parents :