

Enfant(s) :

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Age :
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Age :
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Age :

Coordonnées du responsable légal : autre (préciser)

Représentant légal 1 : Nom :	Prénom :
Autorité parentale : oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/>	Date de naissance :/...../..... (obligatoire)
Situation familiale :	
Adresse :	
Code postal :	Commune :
Tél privé :	Tél portable :
Tél travail :	
Email :(obligatoire)	

Représentant légal 2 : Nom :	Prénom :
Autorité parentale : oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/>	Date de naissance :/...../..... (obligatoire)
Situation familiale :	
Adresse :	
Code postal :	Commune :
Tél privé :	Tél portable :
Tél travail :	
Email :	

N° d'allocataire CAF : Quotient familial :

(Tarif calculé en fonction du quotient familial - joindre une attestation de la CAF)

CAF du Bas-Rhin :

CAF de la Moselle :

Autre :

Personne à prévenir en cas d'absence :

Nom – prénom : N° de téléphone :

Lien de parenté :

Fiche d'autorisations

Médecin traitant :

Nom / Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Numéro de téléphone : _____

Autorisation d'intervention en cas d'urgence :

Autorisons l'équipe éducative de la structure à prendre les décisions nécessaires qui s'imposent en cas d'urgence, pour tout acte médical.

Si les deux parents ne sont pas joignables, les personnes à prévenir seront :

Nom Prénom : _____ N° de téléphone : _____

Nom Prénom : _____ N° de téléphone : _____

Autorisation concernant le départ de l'enfant :

L'enfant sera remis à la personne qui l'a confié.

Autorisons l'équipe éducative de la structure à confier notre enfant à toute personne mandatée ci-dessous. Nous nous engageons à prévenir le personnel de tout changement de personne.

Nom – Prénom : _____ Lien de parenté _____

Nom – Prénom : _____ Lien de parenté _____

Autorisation pour photos et films

Autorisons l'équipe éducative à photographier, à filmer notre enfant, lors des activités. Nous avons bien été informés que ces clichés ne seront utilisés qu'à des fins professionnelles, dans le cadre d'articles de journaux, site internet du centre socio culturel, d'expositions concernant les activités de la structure, ou des projections filmographiques lors de manifestations ponctuelles.

Fait à : _____

Signature(s) :



1 - ENFANT
 NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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 réitérer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES
Diphthérie			
Tétanos			
Polioomyélite			
Ou DT polio			
Ou Tétracoq			
BCG			



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

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.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné, 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.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES



OBSERVATIONS