FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2019
ALSH _____

ENFANT

Classe : _____ Ecole : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

N° allocataire CAF : _____

Quotient Familial : _____

RESPONSABLE LEGAL 1

Père☐ Mère☐ Autre☐ *précisez :* _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

Email : _____

RESPONSABLE LEGAL 2

Père☐ Mère☐ Autre☐ *précisez :* _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

Email : _____

AUTORISATIONS

☐ **Je n'autorise pas** mon enfant à partir seul de la structure à la fin de ses activités.

☐ **J'autorise** mon enfant à partir seul de la structure à la fin de ses activités.

☐ **J'autorise** mon enfant à partir de la structure à la fin de ses activités avec les personnes suivantes en dehors des parents (Précisez les noms et prénoms) : _____

Information sur les données personnelles collectées

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre inscription. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées aux services administratifs des associations ifac. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au service administratif de votre structure.

Information assurance

Compagnie d'assurance : _____ n° de contrat : _____

Date : _____ Signature :

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS - FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2019

Enfant : _____

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par l'accueil de loisirs.

1. VACCINATIONS (possibilité de faire une copie du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				BCG	

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

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 allergies et les maladies suivantes ?

ASTHME	OUI	NON	**MEDICAMENTEUSES**	OUI	NON
ALIMENTAIRES	OUI	NON	**AUTRES** **(animaux, plantes, pollen)**	OUI	NON

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

……

……

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? **OUI NON**

……

……

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	OUI	NON	**COQUELUCHE**	OUI	NON
VARICELLE	OUI	NON	**OTITE**	OUI	NON
ANGINE	OUI	NON	**ROUGEOLE**	OUI	NON
Rhumatisme Articulaire Aigu	OUI	NON	**OREILLONS**	OUI	NON
SCARLATINE	OUI	NON			

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne :
……

……

4. RESPONSABLE DU MINEUR

NOM :……PRENOM :……

TEL :……TEL TRAVAIL :……

NOM et TEL. Du MEDECIN TRAITANT (facultatif) : ……..

N° Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant) : ……(obligatoire)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATES : SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL :