

CAF

MSA

AUTRES

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom de l'enfant _____ Prénom _____
Date de naissance _____ Age _____ Sexe : M / F

LE PERE (ou tuteur)	LA MERE (ou tuteur)
Nom _____	Nom _____
Prénom _____	Prénom _____
Adresse _____	Adresse _____
Code Postal _____ Ville _____	Code Postal _____ Ville _____
Tél _____ Portable _____	Tél _____ Portable _____
Adresse Mail _____	Adresse Mail _____
Profession _____	Profession _____
Tél professionnel _____	Tél professionnel _____

Situation familiale de la famille : _____

N° allocataire CAF ou MSA : _____

Quotient familial : _____

Pensez à nous communiquer tout changement de n° de téléphone ou d'adresse.

Autre personne à contacter en cas de besoin :

Nom _____ Prénom _____
Tél _____ Portable _____

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

VACCINS	DERNIER RAPPEL	VACCINS	DERNIER RAPPEL
L'enfant est à jour des ses vaccinations obligatoires <input type="checkbox"/>			
DTP		MENINGOCOQUE	
PNEUMOCOQUE		HEPATITE B	
ROR		AUTRE.....	
Si l'enfant n'est pas vacciné, quelle en est la raison ? (en cas de contre-indication médicale, merci de fournir un justificatif)			

ALLERGIES	
NATURE	PRECISEZ
ASTHME	
MEDICAMENTEUSE	
ALIMENTAIRE	
AUTRES	

PROBLEMES DE SANTE / Maladie, Accident, Opération, etc.	
NATURE	DATE
Nom du médecin traitant: _____ Tél : _____	

RECOMMANDATIONS
L'enfant suit un Projet d'Accueil Individualisé <input type="checkbox"/> (joindre le document à la fiche sanitaire)

Si l'enfant doit suivre un traitement, joindre impérativement l'ordonnance

AUTRES	
Type de repas : Normal <input type="checkbox"/> Ss porc <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
Il ou elle nage <input type="checkbox"/>	Test d'aisance aquatique fourni <input type="checkbox"/>

Je, soussigné(e) _____, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour, à prendre toutes les mesures rendues nécessaires à l'enfant (hospitalisation, intervention chirurgicale, traitement médical...).

Date :

Signature :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) Mr / Mme

Père - Mère - tuteur légal de

Cochez ci-dessous les mentions que vous approuvez :

J'atteste sur l'honneur que **j'ai bien souscrit une police d'assurance** complète responsabilité civile couvrant tous les risques au bénéfice de mon enfant, en cours de validité.

Je précise qu'il ne présente **aucune contre-indication médicale ou autre** pour participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs « Familles Rurales de Jaillans ».

J'autorise mon enfant, **sous ma responsabilité, à regagner seul son domicile** à la fin des activités.

J'autorise **les personnes suivantes à venir chercher mon enfant** à la sortie des activités :

- _____ -
- _____ -
- _____ -

J'autorise **la réalisation, la divulgation et l'utilisation des images sur lesquelles mon enfant apparaît dans le cadre exclusif des supports d'information de Familles Rurales.**

J'autorise Familles Rurales à **consulter mon quotient familial sur le site de la CAF.**

J'autorise Familles Rurales à **me faire parvenir des informations relatives à leurs activités par courrier électronique,** à l'adresse suivante :
.....

J'autorise Familles Rurales à **véhiculer mon enfant dans le cadre de ses activités.**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

Date :

Signature :

REGLEMENT INTERIEUR

Je, soussigné(e) _____, reconnais avoir pris connaissance du contenu du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Date :

Signature :