

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS
STRUCTURES DE LOISIRS**

JOINDRE UNE ATTESTATION DE RESPONSABILITE CIVILE

Ecrire en MAJUSCULES S.V.P. et au stylo noir

-----STRUCTURE FREQUENTEE-----

Accueil de loisirs maternel Louise-Michel Accueil de loisirs primaire Le Petit Prince
Club Ados Espace Jeunes

-----RENSEIGNEMENTS SUR LE JEUNE-----

Nom : Prénoms :

Date et lieu de naissance : Sexe F M

Ecole : Classe :
 Maternelle Elémentaire Collège Lycée

N° de carte atout :

-----RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE-----

RESPONSABLE LEGAL 1 (PERE MERE TUTEUR INSTITUTION)

Nom et prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone domicile : Portable :
Email :

Profession :
Nom de l'employeur : Téléphone professionnel :
Adresse de l'employeur :
Code Postal : Ville :

Situation familiale : Marié Célibataire Union libre Divorcé Séparé Veuf/veuve
En cas de jugement, merci de bien vouloir nous en fournir une copie

RESPONSABLE LEGAL 2

Nom et prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone domicile : Portable :
Email :

Profession :
Nom de l'employeur : Téléphone professionnel :
Adresse de l'employeur :

Merci de remplir une fiche par enfant

-----RENSEIGNEMENTS MEDICAUX-----

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Je soussigné
 Certifie avoir examiné ce jour
 et que son état de santé ne présente aucune contre pratique de tous les sports traditionnels.
 - Sports contre indiqués :

 - Ses vaccinations sont à jour : (DTP – BCG – ROR – HEPATITE B)
 - Il est apte à la vie en collectivité.
 Date : Signature :

Cachet du médecin

-----RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS CONCERNANT LA SANTE DU JEUNE-----

VACCINATIONS ET SERUM (joindre une copie du carnet de vaccination ou du carnet de santé à jour)

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

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

L'enfant suit un traitement médical, 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.

Maladies déjà contractées :

Rougeole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rubéole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Varicelle Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oreillons Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Scarlatine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Otite Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Angine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Asthme Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rhumatismes Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Coqueluche Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

L'enfant a-t-il des allergies ? Si oui lesquelles (fournir le PAI)

• Adresse de la caisse de sécurité sociale dont dépend l'enfant :

N° d'assuré Social :

Affilié au régime GENERAL ou autre REGIME Précisez lequel :

• Le responsable de l'enfant bénéficie t-il d'une mutuelle ou d'une assurance ?

Oui Non Si oui, adresse :

N° d'adhérent ou de police :

• Couverture Médicale Universelle (CMU) : Oui Non Si oui, joindre obligatoirement la photocopie de l'attestation à jour ainsi que la photocopie de l'attestation de la Carte Vitale.

• Compagnie d'assurance responsabilité civile:

Numéro de police : (joindre la photocopie de l'attestation)

-----AUTORISATIONS PARENTALES-----

Fréquentation des structures		
<ul style="list-style-type: none"> • Mon enfant fréquente le Club Ados ou l'espace Jeunes. Je l'autorise à : • Venir seul sur la structure • Repartir seul de la structure 	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités des centres de loisirs et d'accueil et aux sorties hors de la commune. 	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Droit à l'image		
<ul style="list-style-type: none"> • Autorise mon enfant à être photographié et filmé dans le cadre des activités proposées et accepte que ces photos ou films soient utilisés dans les supports de communications de la commune. 	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Interventions médicales		
<ul style="list-style-type: none"> • Autorise le transport de mon enfant et toute intervention médicale et chirurgicale jugée utile par l'état de l'enfant. 	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Si l'état de santé de mon enfant le permet, j'autorise le personnel communal à le récupérer à la sortie de la consultation. 	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

PERSONNE(S) A JOINDRE EN CAS D'URGENCE EN DEHORS DES PARENTS				
NOM	PRENOM	ADRESSE	TEL DOMICILE	TEL TRAVAIL
PERSONNE(S) AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT EN DEHORS DES PARENTS				
NOM	PRENOM	ADRESSE	TEL DOMICILE	TEL TRAVAIL

Je soussigné.....
 Père, Mère, Tuteur, Responsable légal de l'enfant
 reconnais l'exactitude des renseignements communiqués.

Signature de la mention « lu et approuvé » rédigée à la main