

nom et prénom de l'enfant

Photo
OBLIGATOIRE

Né(e) le à

Adresse :

Sexe : GARÇON
 FILLE

Elle / il sait nager : OUI
(savoir nager 25 m et s'immerger) NON

Classe :

FEUILLE de RENSEIGNEMENTS

FAMILLE

Père/Mère : Nom / Prénom :

Adresse :

Date et lieu de naissance : Employeur :

Tel maison : Tel travail : Portable :

Père/Mère : Nom / Prénom :

Adresse :

Date et lieu de naissance : Employeur :

Tel maison : Tel travail : Portable :

Situation familiale : Marié Célibataire Vie maritale Divorcé(e) Veuf(ve) autre

Adresse mail :

N° allocataire CAF :

Etes-vous ressortissant du régime général de la CAF ? OUI ou MSA ou

N° de SECURITE SOCIALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT (en plus des parents et uniquement en absence de ces derniers)

1. Nom lien de parenté Tél.

Adresse :

2. Nom lien de parenté Tél.

Adresse :

PERSONNES AUTORISEES A VENIR RECHERCHER L'ENFANT (en+ des personnes précédemment nommées)

1. Nom lien de parenté Tél.

Adresse :

2. Nom lien de parenté Tél.

Adresse :

Je soussigné(e) père / mère / tuteur de l'enfant :

- autorise les responsables de l'accueil de loisirs/périscolaire de Hégenheim/Hésingue/Buschwiller à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- certifie que l'enfant a été reconnu apte à la pratique des activités de pleine nature
- certifie que tous les renseignements apposés sur cette feuille sont exacts (recto et verso)
- confirme avoir pris connaissance du règlement intérieur et des tarifs 2022 vis-à-vis desquels je marque ma totale adhésion. **Rappel :** en cas de non présentation de l'avis d'imposition, le tarif maximum sera systématiquement appliqué.

Fait le à

Signature **des** parents

Membre 2022/2023 Cadre réservé aux organisateurs

Paiement 60 €

Divers Attest. domicile
 Assu A. Imp Jddv PAI

Base tarifaire CS C1 C2 C3 C4 C5 C6

Ref enregistrement :

Pensez à remplir le dos de cette page →

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(Ministère de la Jeunesse et des Sports)

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de votre enfant. Veuillez à la remplir avec soin. Merci.

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

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

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant doit-il suivre un traitement médical ? OUI NON

Si oui joindre une ordonnance récente et penser à apporter (au début d'année scolaire) les médicaments correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**). Si au cours de l'année scolaire, votre enfant devait suivre un traitement médical veuillez observer les mêmes consignes que ci-dessus.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISMES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RUBÉOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Allergies : ASTHME OUI* NON MEDICAMENTEUSE OUI* NON

ALIMENTAIRE OUI** NON Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....
.....



***Attention :** si votre enfant présente une allergie, **il ne pourra être accueilli que dans le cadre de la mise en place d'un PAI (Projet d'accueil individualisé)**. Vous trouverez l'ensemble des informations utilisées à cette démarche sur notre site internet.

****En cas d'allergie alimentaire et en absence de PAI, seuls des repas ordinaires seront servis à votre enfant.**

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

..... Date

..... Date

..... Date

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

(Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires, yo-yo, diabolo, votre enfant suit un régime alimentaire spécifique, ...etc...)

Précisez :

.....

.....

MEDECIN TRAITANT

NOM :

LIEU D'EXERCICE :

TELEPHONE :