

nom et prénom de l'enfant

Photo  
**OBLIGATOIRE**

Né(e) le ..... à .....

Adresse : .....  
.....

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

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

Grid for social security number: 12 columns, 2 rows.

**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 2021 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 2021/2022	Cadre réservé aux organisateurs
Paiement	60 € .....
Divers	<input type="checkbox"/> Attest. domicile
	<input type="checkbox"/> Assu <input type="checkbox"/> A. Imp <input type="checkbox"/> Jddv <input type="checkbox"/> PAI
Base tarifaire	<input type="checkbox"/> CS <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> C3 <input type="checkbox"/> C4 <input type="checkbox"/> C5 <input type="checkbox"/> 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 : .....