

Remplir toutes les mentions en lettres majuscules

DOSSIER RENSEIGNEMENTS GENERAUX SERVICE ENFANCE

Pièces à joindre impérativement :

Pour la famille : Justificatif de domicile (moins de 3 mois) - Attestation Quotient Familial CAF ou MSA année en cours - Jugement de divorce ou autre (si utile)

Pour l'enfant : Extrait de naissance ou Livret de Famille - Copie des Vaccins - PAI et calendrier de garde (si utiles)

ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____ AGE ans
 LIEU DE NAISSANCE : _____
 SEXE : Masculin Féminin

SCOLARISE(E) DANS UNE ECOLE TOMBLAINOISE :

ECOLE	A COCHER	A COMPLETER (*)	
		CLASSE	(*)
MATERNELLE BADINTER			PS - MS - GS
ELEMENTAIRE BADINTER			CP - CE1 - CE2 - CM1 - CM2
MATERNELLE BROSSOLETTE			PS - MS - GS
ELEMENTAIRE BROSSOLETTE			CP - CE1 - CE2 - CM1 - CM2
MATERNELLE JULES FERRY			PS - MS - GS
ELEMENTAIRE JULES FERRY			CP - CE1 - CE2 - CM1 - CM2
PRIMAIRE JOB DURUPT			PS - MS - GS - CP - CE1

SCOLARISE(E) DANS UNE ECOLE NON TOMBLAINOISE : (à préciser)

NOM DE L'ECOLE : _____ VILLE : _____ CLASSE : _____

SITUATION PARTICULIERE DE L'ENFANT :

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI * (Projet d'accueil individualisé) ? Oui Non

(si oui, fournir impérativement le document écrit)

* concerne les enfants atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période sans reconnaissance de handicap : pathologies chroniques (asthme, allergies, intolérance alimentaire...) : document établi par un médecin...



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familiales



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT
 NOM : _____
 PRENOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SEJOUR :

2 - VACCINATIONS
 CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT : ELLE EVITE DE VOUS DEMURIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

**Merci de transmettre les copies
du carnet de santé de l'enfant**

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
 Si l'enfant n'a PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non
 Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (notés de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice)
 Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	ORIBLIONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

INDIQUEZ CLAIRS :
 LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
 VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC..
 PRÉCISEZ :

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT
 NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE PENDANT LE SEJOUR :
 TÉL. FIXE (ET PORTABLE, DOMICILE) : BUREAU :
 NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (GÉNÉRALISTE) :

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

Date : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES :

OBSERVATIONS

GARDE DE L'ENFANT :

RESPONSABLE 1 DU FOYER DE L'ENFANT

Madame Monsieur NOM : PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE : DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CP : VILLE :

SITUATION FAMILIALE : CELIBATAIRE SEPRE (E) DIVORCE (E)

MARIE (E) UNION LIBRE VEUF (VE) PACS

TEL FIXE : TEL PORTABLE :

TEL PROFESSIONNEL : POSTE :

PROFESSION :

NOM ET ADRESSE EMPLOYEUR :

ADRESSE MAIL (à écrire impérativement en majuscule SVP) :

N° ALLOCATAIRE CAF (7 chiffres) :

N° ALLOCATAIRE MSA (15 chiffres) :

RESPONSABLE 2 DU FOYER DE L'ENFANT

Madame Monsieur NOM : PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE : DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CP : VILLE :

SITUATION FAMILIALE : CELIBATAIRE SEPRE (E) DIVORCE (E)

MARIE (E) UNION LIBRE VEUF (VE) PACS

TEL FIXE : TEL PORTABLE :

TEL PROFESSIONNEL : POSTE :

PROFESSION :

NOM ET ADRESSE EMPLOYEUR :

ADRESSE MAIL (à écrire impérativement en majuscule SVP) :

N° ALLOCATAIRE CAF (7 chiffres) :

N° ALLOCATAIRE MSA (15 chiffres) :

PARTAGEE EXCLUSIVE ALTERNEE (fournir jugement)

AUTRE (S) PERSONNE (S) HABILITEE (S) :

NOM	PRENOM	TEL	LIEN DE PARENTE ou AUTRES	Habilité(e) à venir chercher l'enfant	A prévenir en cas d'urgence
			<i>A précisez</i>	<i>Cochez la ou les case (s)</i>	

AUTORISATION PARENTALE

Je soussignée (personne responsable) : -----, certifie inscrire mon enfant

----- au Centre de Loisirs ET/OU accueils périscolaires ET/OU restauration

scolaire.

- ❖ J'ai pris connaissance et accepte les conditions générales de fonctionnement du ou des différents accueils (via règlement intérieur consultable et téléchargeable sur le site de la commune www.tomblaine.fr).
- ❖ J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées dans le cadre du ou des différents accueils, notamment les activités nautiques.
- ❖ J'autorise l'envoi de documents dématérialisés.
- ❖ J'autorise la reproduction et la diffusion de photographies de mon enfant réalisées dans le cadre des accueils et ne portant pas atteinte à sa réputation ou à sa vie privée.
- ❖ J'autorise la direction des différents accueils à prendre toutes les mesures utiles dans le cas où mon enfant aurait besoin de soins médicaux ou hospitaliers.
- ❖ J'autorise la commune à accéder à CAFPRO (logiciel de la CAF).
- ❖ J'ai pris connaissance qu'il pouvait y avoir des déplacements : transport collectif (bus, minibus...) dans le respect de la législation en vigueur.

Fait à Tomblaine, le -----

Signature personne responsable