

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ENFANT

MATIN, MIDI, SOIR, MERCREDIS ET VACANCES

École :

Classe.....

ENFANT

Nom Prénom Né(e)le / / A

Liste des personnes autorisées à récupérer l'enfant

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté

Autorisation d'utilisation de photos et vidéos

Le représentant légal autorise la ville et ifac à réaliser des prises de vues photos et vidéos, pendant le déroulement des activités, sur lesquelles peut figurer l'enfant mentionné sur cette fiche. Il autorise l'Ifac à utiliser librement ces photos et vidéos pour leurs supports de communication (document de présentation, publications numériques, magazine municipal, expositions ...), sans demander ni rémunération, ni droits d'utilisation. Ces photos et vidéos ne feront en aucun cas l'objet d'une diffusion ou d'une utilisation commerciale. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation des photos et vidéos ne devront pas porter atteinte à son image et/ou à sa réputation.

non / oui

Informations sur les données personnelles collectées

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre inscription. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées aux services administratifs d'ifac. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à la direction de Sartrouville Animation.

Règlement de fonctionnement

Je soussigné(e)..... déclare avoir reçu et pris connaissance du règlement de fonctionnement, m'engage à le respecter sans réserve et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche.

Date: / / Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

SELON LE CERFA N°10008*02 DU MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

ENFANT

Nom

Prénom

Né(e) le / / Sexe F M

MALADIES – ALLERGIES – RÉGIMES ALIMENTAIRES

Maladies

Précisez ci-dessous les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Antécédents chirurgicaux :

L'enfant mentionné sur cette fiche est apte à la pratique d'activités physiques : non / oui

Médecin traitant (facultatif)

Nom

Tél.

Traitement médical

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant l'accueil ? non oui

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Projet d'Accueil Individualisé

Mise en place d'un PAI : non / oui Nature du PAI :

Allergies

Allergie médicamenteuse	Allergie alimentaire	Autres
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Précisez :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Précisez :	Précisez :

Précisez la conduite à tenir pour les allergies (si automédication le signaler) :

Autres

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.... précisez ci-dessous :

Régime alimentaire sans porc :

Régime alimentaire sans viande :

VACCINATIONS

Enfant né jusqu'au 31/12/2017

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels
DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)			

Enfant né à partir du 01/01/2018

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels
DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)			
Coqueluche			
Hépatite B			
Pneumocoque			
Haemophilus influenzae de type B			
méningocoque C			
ROR			

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté

AUTORISATIONS DIVERSES

Baignade : non / oui

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : / / Signature :

À remplir par le responsable de l'accueil à l'attention des familles

Coordonnées de l'accueil :

Observations :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

FAMILLE

Renseignez obligatoirement une fiche par famille dans le cas d'accueil de mineurs.

RESPONSABLE 1

Nom

Adresse

C.P. Ville

Situation familiale

Né le / /

Tél domicile Tél mobile

N° Allocataire CAF Quotient familial (cf. grille ville)

Profession Société

Tél professionnel Catégorie Socio Professionnelle

Nombre d'enfants à charge Autorité parentale

E-mail

RESPONSABLE 2

Nom

Adresse

C.P. Ville

Situation familiale

Né le / /

Tél domicile Tél mobile

N° Allocataire CAF Quotient familial (cf. grille ville)

Profession Société

Tél professionnel Catégorie Socio Professionnelle

Nombre d'enfants à charge Autorité parentale

E-mail

