

## FICHE FAMILIALE ANNUELLE DE RENSEIGNEMENTS

### ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS

(à remplir une fois par an sauf changement au cours de l'année)

Association de : GPT AIFR SECTEUR DE ROCHESERVIERE

ANNEE 2023

Informations sur les parents										
Situation de famille	Parent 1 (Parent qui a ouvert le dossier d'allocations auprès de la CAF ou de la MSA.)					Parent 2				
	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Marié(e)s	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> Vie maritale	<input type="checkbox"/> Séparé(e) / Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Pacsé(e)s	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur
Civilité	<input type="checkbox"/> Madame				<input type="checkbox"/> Monsieur		<input type="checkbox"/> Madame			<input type="checkbox"/> Monsieur
Nom										
Prénom										
Date de naissance	...../...../.....				...../...../.....					
Adresse										
Code Postal :					Ville :					
Adresse Email :										
Tél. Fixe :										
Tél. Portable :										
Tél. Travail :										
Situation Professionnelle	P1	P2	P1	P2	P1	P2	P1	P2		
P1 = Parent 1 P2 = Parent 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Parent au foyer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire territorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Etudiant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Employé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire d'état	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Profession libérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Commerçant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire hospitalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Salarié agricole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Artisan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ouvrier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cadre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chef d'entreprise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enseignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Exploitant agricole						
Employeur										

REGIME du RESPONSABLE	<input type="checkbox"/> Régime général	<input type="checkbox"/> Régime agricole
N° allocataire CAF : (Vendée)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
N° allocataire MSA : (Loire-Atlantique / Vendée)	<input type="checkbox"/>	
Quotient familial :	<input type="checkbox"/>	

Si vous n'êtes pas allocataire CAF Vendée ou allocataire MSA Loire-Antlantique/Vendée, cochez la case suivante

ENFANT INSCRIT	Nom : .....	Prénom : .....	<input type="checkbox"/> Accueil de loisirs
	Date de naissance : ...../...../.....	Sexe : .....	<input type="checkbox"/> Accueil jeunes
	Ecole : .....	Classe : .....	<input type="checkbox"/> Séjours vacances
			<input type="checkbox"/> T.A.P.
Accueilli par l'association			
ENFANT INSCRIT	Nom : .....	Prénom : .....	<input type="checkbox"/> Accueil de loisirs
	Date de naissance : ...../...../.....	Sexe : .....	<input type="checkbox"/> Accueil jeunes
	Ecole : .....	Classe : .....	<input type="checkbox"/> Séjours vacances
			<input type="checkbox"/> T.A.P.
Accueilli par l'association			
ENFANT INSCRIT	Nom : .....	Prénom : .....	<input type="checkbox"/> Accueil de loisirs
	Date de naissance : ...../...../.....	Sexe : .....	<input type="checkbox"/> Accueil jeunes
	Ecole : .....	Classe : .....	<input type="checkbox"/> Séjours vacances
			<input type="checkbox"/> T.A.P.
Accueilli par l'association			

ADHESION	Souhaitez-vous être adhérent Familles Rurales cette année ?		
	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

En adhérant à l'association Familles Rurales de ma commune, je soutiens les bénévoles qui créent et font fonctionner au quotidien les services dont j'ai besoin, pour moi-même et/ou mes enfants : je reconnais ainsi l'investissement, l'énergie qu'ils y consacrent dans le but d'améliorer le cadre de vie des habitants et de dynamiser la vie locale.

Je déclare : (Cochez les cases suivantes)

- Autoriser AJIFR CANTON ROCHESERVIERE à recueillir des informations me concernant auprès de ma CAF ou de la MSA, dont les ressources N-2, le nombre d'enfants à charge, le nombre d'enfants en situation de handicap et bénéficiaire de l'Aeeh afin de calculer le tarif qui me sera facturé dans le cadre de l'accueil de mon ou mes enfants dans la structure GPT AIFR SECTEUR DE ROCHESERVIERE et à conserver les copies d'écran de cette consultation pendant 5 ans minimum.
- Avoir lu et accepté le règlement intérieur de l'accueil de loisirs.

Fait le : ...../...../.....

Signature

Les Informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique dans le logiciel destiné à la gestion et à la facturation des activités Familles Rurales. Vos informations personnelles sont conservées pendant une durée qui ne saurait excéder 3 ans sauf si vous exercez votre droit de suppression des données vous concernant. Conformément à la loi Informatique et Libertés ainsi qu'au règlement général sur la protection des données, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données, ainsi qu'un droit d'opposition au traitement de vos données à caractère personnel – DPO : John PETIT – dpo@famillesrurales65.org

1 exemplaire de cette fiche adressé à la fédération permet le justificatif auprès de la compagnie d'assurances

# AUTORISATIONS 2023



Je soussigné(e)

Nom (du représentant légal ou du tuteur) : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Autorise mon enfant (nom et prénom de l'enfant) : .....

## Autorisations de départ

À rentrer seul(e) à la fin de l'activité.

OUI  NON

À partir seul(e) de l'espace jeunes librement sans contrainte horaire.

OUI  NON

## Autorisations droit image

Précise dans quel cadre, je donne l'accès à l'équipe encadrante, d'utiliser, de reproduire et de diffuser les photographies et vidéos représentant mon (mes) enfant(s).

Dans ce cadre, ces photos et vidéos pourront être publiées :

Sur le site internet de l'association	<input type="checkbox"/> autorise	<input type="checkbox"/> n'autorise pas
Sur le site internet de la municipalité	<input type="checkbox"/> autorise	<input type="checkbox"/> n'autorise pas
Sur les réseaux sociaux de l'AIFR et structures jeunesse locales	<input type="checkbox"/> autorise	<input type="checkbox"/> n'autorise pas
Sur la presse locale	<input type="checkbox"/> autorise	<input type="checkbox"/> n'autorise pas
Sur le bulletin municipal communal	<input type="checkbox"/> autorise	<input type="checkbox"/> n'autorise pas
Sur les supports de communication telles que plaquettes, brochures, panneaux de présentation, rapport de stage, vidéo des spectacles, vidéo de promotion... (liste non exhaustive)	<input type="checkbox"/> autorise	<input type="checkbox"/> n'autorise pas

Je donne l'accès à l'équipe encadrante sur la diffusion du nom et prénom du jeune dans le cadre de projet :

autorise  n'autorise pas

## Autorisations diverses

- À voyager en voiture individuelle (dont le conducteur est une personne ayant + de 21 ans et + de 2 ans de permis) si la situation se présente ou le nécessite.
- À se baigner en piscine ou sur un lieu autorisé suivant la réglementation.
- À être pris en charge par les responsables qui prendront toute décision médicale d'urgence en accord avec les services médicaux.
- Accepte que mon numéro de téléphone soit utilisé pour intégrer un groupe WhatsApp de parents, dans le cadre d'un séjour ou d'un projet.

Le :

À :

Signature :



## MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008\*02

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON**
**1 - ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE 

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LA PRÉSENCE DE L'ENFANT SUR L'ACCUEIL DE LOISIRS ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérite				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

**3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**L'enfant suit-il un traitement médical ? oui  non Si oui 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.

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input checked="" 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 CI-APRÈS :**

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 lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... PRÉCISEZ.

---

---

---

---

---

---

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

**5 – RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE ET/OU PORTABLE DOMICILE : ..... BUREAU : .....

*Je soussigné, ..... 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 :