









Numéro d'allocataire CAF ou MSA   
Quotient familial CAF ou MSA en cours







**RESPONSABLE LEGAL 1**

<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Adresse de facturation
NOM Prénom	
Adresse complète	
Autorité parentale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Situation familiale
	Profession
	Employeur
	

**RESPONSABLE LEGAL 2**

<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Adresse de facturation
NOM Prénom	
Adresse complète	
Autorité parentale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Situation familiale
	Profession
	Employeur
	

**STRUCTURE PLACEMENT ENFANT**

NOM de la structure	
Adresse complète	
	NOM Prénom du référent
	
<b>Famille d'accueil</b>	
NOM Prénom	
Adresse complète	
	
	
	

**Pièces à fournir**

- ☐ Attestation de Quotient Familial CAF ou MSA
- ☐ Carnet de santé ( 2 doubles pages des vaccins + 1 double page des maladies infectieuses)
- ☐ Livret de famille (parents + fratrie)
- ☐ Justificatif de domicile ( - 3 mois)
- ☐ Attestation d'assurance péri/extrascolaire (pas obligatoire mais conseillé)
- ☐ Jugement de garde dans son intégralité (si existant)

Fait à ....., Le ... / ... / ...  
Signature

**NOM**

**Prénom du ou des enfants**

**PERSONNES A CONTACTER (y compris les parents)**

L'enfant sera remis aux personnes désignées ci-dessous sur présentation d'une pièce d'identité

Ordre d'importanc	NOM Prénom	Qualité	Téléphone	Contact en cas d'urgence	Prise en charge de l'enfant
1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**AUTORISATION PARENTALE**

**(\*) rayer les mentions non autorisées**

Je soussigné(e), Madame, Monsieur.....autorise mon(es) enfant(s) à:

- être transporté en véhicule de location (bus, transport en commun...),
- être transporté dans les véhicules des agents administratifs de la structure (nécessité médicale, temps méridien...),
- être photographié et/ou filmé aux fins d'utilisation par:
  - \* la structure elle-même (décoration des locaux, bilans de service...)
  - \* la communauté de communes (site internet...)
  - \* la presse
  - \* les stagiaires dans le cadre de leur rapport de stage
- se faire administrer des médicaments suivant l'ordonnance fournis par mes soins,
- se faire appliquer de la crème solaire en cas de nécessité.

Je soussigné(e), Madame, Monsieur.....autorise l'accueil de loisirs à consulter le site professionnel CDAP (service de la CAF) afin d'accéder directement au quotient familial (QF) nécessaire pour la facturation des services.

Fait à ....., Le ... / ... / ...  
Signature



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION DÉPARTEMENTALE  
DE LA COHESION SOCIALE  
ET DE LA PROTECTION DES POPULATIONS

## DDCSPP DU DOUBS

### L'ENFANT

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

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

GARÇON ☐

FILLE ☐

### 1 - 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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

### 2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI NON	VARICELLE OUI NON	ANGINE OUI NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI NON	SCARLATINE OUI NON
COQUELUCHE OUI NON	OTITE OUI NON	ROUGEOLE OUI NON	OREILLONS OUI NON	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

AUTRES.....

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

.....  
.....  
.....

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) **en cours**    oui ☐    non ☐  
(joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....  
.....  
**INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....  
.....  
.....

### **3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL **DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRE**S, ETC... PRÉCISEZ. (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

.....  
.....

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire...)

.....  
.....

### **4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM .....

ADRESSE .....

TÉL. DOMICILE ..... PORTABLE .....

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

***Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.***

**Date :**

**Signature :**

## INSCRIPTIONS VACANCES JUILLET 2022

**Du vendredi 8 au vendredi 29 juillet 2022**

géré par la Communauté de communes Doubs Baumoises (CCDB)

↳ École des Terreaux : 1er étage - 4 rue des Terreaux à Baume les Dames

NOM de l'enfant .....	Dépôt des dossiers : Accueil de loisirs 8 rue de Provence - 25110 Baume les Dames Contact : 03.81.84.38.28 <a href="mailto:accueildeleisirsbld@doubsbaumoises.org">accueildeleisirsbld@doubsbaumoises.org</a> <a href="https://enfancejeunesse-ccdb.portail-familles.net">Réservations en ligne depuis le portail familles : https://enfancejeunesse-ccdb.portail-familles.net</a>
Prénom de l'enfant .....	
Classe durant l'année scolaire 2021-2022 : .....	

	Matin accueil de 7h30 à 9h30	Repas 12h -14h	Après-midi accueil de 14h à 14h30 départ entre 17h et 18h30
vendredi 8 juillet			
lundi 11 juillet			
mardi 12 juillet			
mercredi 13 juillet			
vendredi 15 juillet			
lundi 18 juillet			
mardi 19 juillet			
mercredi 20 juillet			
jeudi 21 juillet			
vendredi 22 juillet			
lundi 25 juillet			
mardi 26 juillet			
mercredi 27 juillet			
jeudi 28 juillet			
vendredi 29 juillet			

## INSCRIPTIONS VACANCES AOÛT 2022

**Du lundi 1er au mardi 30 août 2022**

géré par l'association Familles Rurales (AFR)

↳ École des Terreaux : 1er étage - 4 rue des Terreaux à Baume les Dames

NOM de l'enfant .....	Dépôt des dossiers : Familles rurales Espace Mery - 25110 Baume les Dames (Boite aux lettres du Multi-Accueil) Contact : 06.78.07.86.93 <a href="mailto:al.baumelesdames@famillesrurales.org">al.baumelesdames@famillesrurales.org</a> <a href="https://www.famillesrurales.org/baumelesdames/">https://www.famillesrurales.org/baumelesdames/</a>
Prénom de l'enfant .....	
Classe durant l'année scolaire 2021-2022 : .....	

	Matin accueil de 7h30 à 9h30	Repas 12h-14h	Après-midi accueil de 14h à 14h30 départ entre 17h et 18h30
lundi 1er août			
mardi 2 août			
mercredi 3 août			
jeudi 4 août			
vendredi 5 août			
lundi 8 août			
mardi 9 août			
mercredi 10 août			
jeudi 11 août			
vendredi 12 août			
mardi 16 août			
mercredi 17 août			
jeudi 18 août			
vencredi 19 août			
lundi 22 août			
mardi 23 août			
mercredi 24 août			
jeudi 25 août			
vendredi 26 août			
lundi 29 août			
mardi 30 août			
mardi 30 août			