

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET DECHARGE

L'enfant :

Etat-civil

Civilité / Genre : Garçon Fille

Nom :

Prénom :

Num. sécu de rattachement :

Naissance

Date : ... / ... / ...

Lieu, Code Postal :

Ville :

Caisse d'allocation

CAF MSA Autre :

N° allocataire : Titulaire :

Autorisez-vous l'association à consulter votre quotient familial sur le site de CAFPRO : Oui Non

Adresse de résidence

Rue :

Code postal :

Commune :

Coordonnées

Domicile :

Portable :

Email :

Représentant 1

Représentant 2

Merci de préciser quel représentant de l'enfant est en contact avec l'association

Représentant 1

Représentant 2

Représentant 1 & 2

Lien avec l'enfant

Père Autre (précisez) :

Représentant légal de l'enfant

Oui Non

Etat-civil

Civilité / Genre : Mr Mme

Nom :

Prénom :

N° sécu :

Adresse de résidence

Rue :

Code postal : Commune :

Coordonnées

Domicile :

Portable :

Email :

Activité professionnelle

Profession :

Employeur :

Tel :

Lien avec l'enfant

Mère Autre (précisez) :

Représentant légal de l'enfant

Oui Non

Etat-civil

Civilité / Genre : Mr Mme

Nom :

Prénom :

N° sécu :

Adresse de résidence

Rue :

Code postal : Commune :

Coordonnées

Domicile :

Portable :

Email :

Activité professionnelle

Profession :

Employeur :

Tel :

- Quels sont les besoins spécifiques de votre enfant pour l'accueillir au mieux (émotivité, comportement envers le groupe, rythme ...) ?
- Votre enfant a-t-il un dossier ?
 MDPH PAI Diagnostic en cours (précisez) :
- Votre enfant est-il suivi par une structure spécialisée (IME, UEM, SESSAD, ULYSSE, ESAT, CMPP) Oui Non
- Etes-vous d'accord, en tant que représentant légal, que l'on contacte la structure ? Si oui, pouvez-vous indiquer le nom et les coordonnées du référent de votre enfant :

Assurance et Mutuelle :

Intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels lors de la participation aux activités.

Assurance scolaire ou responsabilité civile :

Mutuelle : N° de contrat :

AUTORISATION PARENTALE

Ayant pris connaissance du fonctionnement de la structure d'accueil,

Je soussigné(e)

responsable légal de l'enfant

- 1) Autorise mon enfant à participer aux différentes activités organisées par l'association,
- 2) Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant la venue et après le départ de la structure auquel est inscrit mon enfant.
- 3) Autorise, en cas d'urgence, le directeur de la structure à faire pratiquer les interventions chirurgicales et à faire prescrire tout traitement nécessaire à l'état de santé de mon enfant,
- 4) M'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés
- 5) Autorise l'Association à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités de la structure :
 - en voiture individuelle (par les responsables de l'Association, par d'autres familles)
 - par des moyens de transports collectifs (mini bus, car, trains)
- 6) Atteste que j'ai été informé(e) des modalités d'organisation de la structure dans laquelle mon enfant est inscrit
- 7) Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.
- 8) Autorise par la présente, l'organisateur de l'association Familles Rurales, représentée par son(sa) président(e), à diffuser la(les) photographie(s) prises lors des animations sur laquelle (lesquelles) figure mon enfant.

Cette autorisation est valable :

 - Pour l'édition de documents de nature pédagogique (interne et externe)
 - Pour des expositions relatives à l'association
 - Pour la publication sur le site internet, le Facebook et l'Instagram de l'organisateur (Compte privé pour les réseaux sociaux)
- 9) Certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche.

* rayer la/les mention(s) que vous refusez.

Fait à

Le

Signature du représentant légal
(précédée de la mention lu et approuvé)

FICHE SANITAIRE :



Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pour l'accueil de l'enfant

Médecin traitant :

Nom : N° de Tel :
 Adresse : Code Postal : Commune :

Votre enfant a-t-il un N° MDPH :

VACCINATIONS (Remplir ci-dessous ou joindre la photocopie du carnet de santé)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	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 MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION
 ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical actuellement ?

Si oui, il faut savoir qu'aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant si nous n'avons pas :

- **une ordonnance récente**
- **les médicaments correspondants (les mettre dans leur emballage d'origine avec le nom de l'enfant)**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Maladies	oui	non		oui	Non
Rubéole			Coqueluche		
Varicelle			Otite		
Angine			Rougeole		
Rhumatisme articulaire aigu			oreillons		
Scarlatine					
Allergies	oui	non		oui	non
Asthme			Médicamenteuses		
Alimentaires			Autres :		

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :.....

INDIQUER CI APRES :

- les difficultés de santé (maladie, accidents, crise convulsives, hospitalisation, opération) en précisant les dates et les précautions à prendre:

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

- recommandations utiles des parents : votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

Précisez :

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

- Responsable de l'enfant :

Nom.....Prénom :.....

Adresse.....

.....
.....

Tel fixe : / / / / Tel portable : / / / /

Tel bureau : / / / /

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

Date :

Signature :