

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom de l'enfant _____
Date de naissance _____

Prénom _____
Age _____
Sexe : M / F

LE PERE (ou tuteur)		LA MERE (ou tuteur)	
Nom _____		Nom _____	
Prénom _____		Prénom _____	
Adresse _____		Adresse _____	
Code Postal _____	Ville _____	Code Postal _____	Ville _____
Tél _____	Portable _____	Tél _____	Portable _____
Adresse Mail _____		Adresse Mail _____	
Profession _____		Profession _____	
Tél professionnel _____		Tél professionnel _____	

Situation familiale de la famille : _____

N° allocataire CAF ou MSA : _____

Quotient familial : _____

Pensez à nous communiquer tout changement de n° de téléphone ou d'adresse.

Autre personne à contacter en cas de besoin :

Nom _____	Prénom _____
Tél _____	Portable _____

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

VACCINS	DERNIER RAPPEL	VACCINS	DERNIER RAPPEL
L'enfant est à jour des ses vaccinations obligatoires <input type="checkbox"/>			
DTP		MENINGOCOQUE	
PNEUMOCOQUE		HEPATITE B	
ROR		AUTRE.....	

Si l'enfant n'est pas vacciné, quelle en est la raison ?
(en cas de contre-indication médicale, merci de fournir un justificatif)

ALLERGIES	
NATURE	PRECISEZ
ASTHME	
MEDICAMENTEUSE	
ALIMENTAIRE	
AUTRES	

PROBLEMES DE SANTE / Maladie, Accident, Opération, etc.	
NATURE	DATE

Nom du médecin traitant : _____ Tél : _____

RECOMMANDATIONS

L'enfant suit un Projet d'Accueil Individualisé (joindre le document à la fiche sanitaire)

Si l'enfant doit suivre un traitement, joindre impérativement l'ordonnance

AUTRES	
Type de repas : Normal <input type="checkbox"/>	Ss porc <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Il ou elle nage <input type="checkbox"/>	Test d'aisance aquatique fourni <input type="checkbox"/>

Familles Rurales de Jaillans et les communes avoisinantes

10 Place de l'Eglise - 26300 JAILLANS

Tél. 04.75.48.86.54 / 06.18.63.16.61

Relaisfamille26@wanadoo.fr / www.famillesrurales.org/jaillans/

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

Date :

Signature :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) Mr / Mme

Père - Mère - tuteur légal de

Cochez ci-dessous les mentions que vous approuvez :

J'atteste sur l'honneur que **j'ai bien souscrit une police d'assurance complète** responsabilité civile couvrant tous les risques au bénéfice de mon enfant, en cours de validité.

Je précise qu'il ne présente **aucune contre-indication médicale ou autre** pour participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs « Familles Rurales de Jaillans ».

J'autorise mon enfant, **sous ma responsabilité, à regagner seul son domicile** à la fin des activités.

J'autorise **les personnes suivantes à venir chercher mon enfant** à la sortie des activités :

—
—
—
—

J'autorise **la réalisation, la divulgation et l'utilisation des images sur lesquelles mon enfant apparaît dans le cadre exclusif des supports d'information de Familles Rurales.**

J'autorise Familles Rurales à **consulter mon quotient familial sur le site de la CAF.**

J'autorise Familles Rurales à **me faire parvenir des informations relatives à leurs activités par courrier électronique, à l'adresse suivante :**

.....

J'autorise Familles Rurales à **véhiculer mon enfant dans le cadre de ses activités.**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

Date :

Signature :

REGLEMENT INTERIEUR

Je, soussigné(e), reconnaiss avoir pris connaissance du contenu du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Date :

Signature :