

CAF ☐

MSA ☐

AUTRES ☐

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Nom de l'enfant \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ 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 ?<br>(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 <input type="checkbox"/> (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"/> |

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) \_\_\_\_\_, reconnais avoir pris connaissance du contenu du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Date :

Signature :