

3. FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles concernant votre enfant pendant son séjour et évite de vous démunir de son carnet de santé.

Renseignements médicaux

Votre enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre **une ordonnance récente et les médicaments** correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne sera donné à l'enfant sans ordonnance

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Coqueluche	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Otite	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Varicelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Angine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Allergies et difficultés de santé

Votre enfant a-t-il de l'asthme ? Oui Non

Si oui, préciser la conduite à tenir :
.....
.....

Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires ? Oui Non

Si oui, préciser lesquelles et la conduite à tenir :
.....
.....

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique ? Oui Non

Si oui, préciser ce régime alimentaire :
.....
.....

Votre enfant a-t-il d'autres types d'allergies ? Oui Non

Si oui, préciser lesquelles et la conduite à tenir :
.....
.....

Autres difficultés, recommandations ou précautions particulières (handicap, port de prothèses, hospitalisation, opération...)
.....
.....

Afin de répondre aux demandes d'éléments de notre partenaire CAF, merci d'indiquer si votre enfant :

- A un dossier MDPH en cours ? N° dossier.....
- S'il est accompagné par un AVS ?
- Par quelle structure est-il suivi (IME, sessad, ...) ?

Pour une coordination de nos actions et dans l'intérêt de l'enfant, autorisez-vous le directeur à prendre contact avec les professionnels qui le suivent ? Oui Non

Dans ce cas merci d'indiquer leurs coordonnées :

Nom : Fonction : Tél :

Nom : Fonction : Tél :

Médecin traitant

Nom du médecin traitant/pédiatre :

Ville : N° Téléphone :

4. ASSURANCE ET REGIME SOCIAL

Régime social du responsable légal de l'enfant :

Régime Général -- N° allocataire CAF :

Régime Agricole -- N° allocataire MSA :

Assurance

N° sécurité sociale de l'assuré auquel est rattaché l'enfant :

_____ | _____

Compagnie d'assurance (RC) :

N° police d'assurance :

L'association informe les familles que Familles Rurales souscrit un contrat d'assurance garantissant les conséquences pécuniaires de leur responsabilité civile, ainsi que celles de leurs préposés et des participants aux activités qu'ils proposent. Les assurés sont tiers entre eux.

L'association vous informe néanmoins de votre intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent exposer les activités auxquels participent les mineurs.



DOSSIER INDIVIDUEL D'INSCRIPTION

5. AUTORISATIONS PARENTALES

Je, soussigné(e), responsable de l'enfant déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et :

Autorise l'équipe d'encadrement à prendre toutes les dispositions utiles, en cas d'urgence, en vue de la mise en œuvre pour mon enfant des traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s'imposer et m'engage à rembourser les frais médicaux avancés en raison des soins engagés.

Autorise seulement les personnes habilitées (mentionnées ci-dessus) à venir chercher mon enfant à l'Accueil de loisirs.

Autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile Oui Non
Si oui : à partir deh, le(les) jour(s) suivant(s) :

Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant l'arrivée et après le départ de l'enfant du centre.

Autorise l'association à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités du centre :
- en voiture individuelle par les membres du personnel ou par d'autres familles dans le cadre d'un covoiturage.
- par des moyens de transport collectifs.

Autorise Familles Rurales à reproduire et à diffuser les photographies et/ou vidéos réalisées par Familles Rurales de ma personne ou de celle de mon enfant ; pour les usages exclusifs suivants : les journaux de Familles Rurales, ses supports vidéos, les illustrations de ses documents d'information, les illustrations de son site Internet, les insertions dans sa page Facebook. Cette autorisation est valable pour une durée de 10 ans. Oui Non

Certifie avoir pris connaissance du projet pédagogique et du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Fait à : Signature du tuteur légal :
Le : / /

MISE A JOUR DU DOSSIER (Remplir seulement lors du renouvellement de l'inscription)

Je, soussigné(e), responsable de l'enfant, certifie avoir relu le présent dossier et y avoir porté toutes les modifications nécessaires.

Fait à : Fait à :
Le : / / Le : / /
Signature du tuteur légal : Signature du tuteur légal :

1. ETAT CIVIL DE L'ENFANT

Nom : Prénom : Garçon Fille
Date et lieu de naissance : / / à

2. RESPONSABILITE

Statut	Père	Mère	Tuteur légal (si différent des parents)
Nom			
Prénom			
Date Naissance			
Adresse			
N° Tel domicile			
N° Tel Travail			
N° Tel Portable			
Mail	@	@	@

Personnes autorisées à prendre en charge l'enfant à la sortie du centre de loisirs

Statut	Personne 1	Personne 2	Personne 3
Nom			
Prénom			
N° Tel fixe			
N° Tel Portable			