

FICHE DE RENSEIGNEMENT ENFANT

Action Jeunes

Année du 01/01/2022 au 31/12/2022

PHOTO

Enfant

IDENTITE DE L'ENFANT

Nom : Prénom : Sexe : F – M
 Date de naissance : / / Lieu de naissance : Age :
 Ecole fréquentée : Classe :
Nom, Prénom du Père, Tuteur légal ou Parent 1 :
 Tél fixe : Tél portable : Tél professionnel :
Nom, Prénom de la Mère, Tutrice légale ou Parent 2 :
 Tél fixe : Tél portable : Tél professionnel :

Personnes à contacter et/ou autorisées à venir chercher l'enfant en cas d'urgence ou d'indisponibilité des parents (Présentation d'une pièce d'identité)

Nom : Prénom : Qualité : Tél :
 Nom : Prénom : Qualité : Tél :
 Nom : Prénom : Qualité : Tél :
 Nom : Prénom : Qualité : Tél :

INFORMATIONS MEDICALES

P.A.I (Protocole d'Accueil Individualisé) : Oui (si déjà rédigé, nous le fournir.)
 Non

Médecin traitant :

Nom : Tél. du cabinet :
 Adresse :

Vaccinations :

Fournir une photocopie des vaccinations de l'enfant inscrites sur le carnet de santé.
 Si le mineur n'a pas eu les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Passe Sanitaires (Covid-19) : Oui Non

Renseignements concernant le mineur : (Informations nécessaires en cas d'urgence)

Poids : Taille :

Suit-il un traitement médical Oui Non

Si oui, reportez-vous au règlement intérieur : Article 10 – Santé.

Allergies :

Alimentaires : Oui Non

Médicamenteuses : Oui Non

Autres : Oui Non

En cas de réponse positive, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Problèmes médicaux particuliers :

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? Oui Non

Lesquels ?

CHOIX ALIMENTAIRES :Sans Porc : Oui NonVégétarien : Oui Non**INFORMATIONS SPORTIVES :**Mon enfant sait nager : Oui NonMon enfant sait faire du vélo : Oui Non**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, ...

AUTORISATIONS PARENTALES :*** Il convient de rayer les lignes si refus**

Je soussigné déclare avoir le plein exercice de l'autorité parentale et :

- Autorise l'équipe d'encadrement de l'Action Jeunes 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. *
- Autorise seulement les personnes habilitées (mentionnées ci-dessus) à venir chercher mon enfant à l'Action Jeunes. *
- Autorise mon enfant (à partir du CP) à rentrer seul à son domicile. *

En cas de changement d'horaire, le Parent doit se présenter auprès du directeur pour modifier et signer cette fiche.

Droit à l'image :

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 internes tels que : site internet et/ou page Facebook de la structure, presse locale, documents d'informations et affichages au sein de la structure.

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de ces photos/vidéos ne porteront pas atteinte à ma réputation ou à ma vie privée, ou à celle de mon enfant.

 Oui Non**Transport :**

Autorise mon enfant à participer aux sorties organisées avec l'Action Jeunes comprenant du transport (bus avec chauffeur, minibus, et exceptionnellement voitures particulières.)

 Oui Non

Fait à : Le :

Signature du père (tuteur légal ou parent 1)

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature de la mère (tutrice légale ou parent 2)

Précédée de la mention « lu et approuvé »