

QF :

ALSH POINT JEUNES  
66470 SAINTE MARIE LA MER  
2 rue de la mer – 66470 Sainte Marie la Mer



☎ 04.68.80.13.86 - e-mail : [pj@saintemarielamer.com](mailto:pj@saintemarielamer.com) - [pointjeunes.sainteMarie@facebook.com](https://www.facebook.com/pointjeunes.sainteMarie)

## FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENT

NOM DE L'ENFANT : ..... PRENOM : .....

Date de naissance :            /            /            Lieu de naissance : .....

Adresse du domicile : .....

Code postal : ..... Ville : .....

RESPONSABLE DE L'ENFANT :     mère     père     tuteur     famille d'accueil

**Monsieur** : Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance :            /            /            lieu de naissance : .....

Tél. domicile : ..... Tél. travail : .....

Tél. portable : ..... Profession : .....

Adresse : ..... E-mail : .....

..... Employeur : .....

**Madame** : Nom d'usage : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance :            /            /            lieu de naissance : .....

Tél. domicile : ..... Tél. travail : .....

Tél. portable : ..... Profession : .....

Adresse : ..... E-mail : .....

..... Employeur : .....

Situation familiale :     Marié/Pacsé     Concubinage     Mère célibataire     Père célibataire  
                                   Parents divorcés     Parents séparés     Veuf     Veuve



**NUMERO ALLOCATAIRE CAF** : .....



(Si vous n'avez pas de numéro caf, veuillez fournir le dernier avis d'imposition lors de l'inscription. A défaut vous serez basculé sur la tranche la plus forte de la grille tarifaire).

N° de police d'assurance : ..... Compagnie : .....

En cas d'urgence, prévenir :

Nom : ..... Prénom : ..... Tél : .....

Personnes susceptibles de récupérer l'enfant (autres que les parents):

Nom : ..... Prénom : ..... Tél : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Tél : .....

### (Présentation de la carte d'identité obligatoire pour récupérer l'enfant)

Je soussigné (e) ....., déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et l'accepte sans réserve, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise mon enfant : .....

➤ A participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs (intérieures et extérieures):     oui     non

➤ A être pris en photo ou en vidéo, dans le cadre des activités, pour d'éventuelles diffusions sur site internet de la commune, journal communal et presse locale :     oui     non

➤ A être transporté en véhicule de service et car de location lors d'activités extérieures :     oui     non

➤ A rentrer seul à la fin de l'accueil (**décharge automatiquement la commune de toute responsabilité en cas d'incident survenu lors du trajet retour dès lors que le jeune a quitté le Point Jeunes**) :     oui     non

-J'autorise également le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage à régler la part des frais médicaux.

A ..... Le ..... **Signature** :

(À faire précéder de la mention «lu et approuvé»)

PIECES A FOURNIR IMPERATIVEMENT :

Photocopie du carnet de santé (vaccins à jour)

Attestation d'assurance scolaire/extrascolaire (responsabilité civile).

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE 

## 1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). **copie à joindre**

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ? Oui  non

Aucun médicament ne sera administré par le personnel d'animation.

Pour les cas particuliers (P.A.I) joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES .....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**.....

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

**INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

## 3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

-DES LUNETTES : au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant oui  non

-DES PROTHÈSES AUDITIVES : au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant oui  non

-DES PROTHÈSES / APPAREIL DENTAIRE : au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant oui  non

-AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire).....

## 4- AUTORISATIONS

-J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui  non

-J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui  non

## 5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussignée, .....responsable légal de l'enfant,  
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à avertir l'équipe d'animation de toute modification.

Date : .....

Signature :