

FICHE DE RENSEIGNEMENTS STRUCTURE ENFANCE-JEUNESSE DE CAGNY

ENFANT

NOM : PRENOM :
Date de naissance : Masculin Féminin
Lieu de naissance :
Adresse de l'enfant :
CP / Ville :
☎ Portable (local jeune) :

RESPONSABLE LEGAL 1

NOM : ☎ Fixe :
NOM de jeune fille : ☎ Portable :
Prénom : ☎ Professionnel :
Adresse : (si différente): @courriel :
..... N° allocataire CAF :
CP : Autre régime et N° :
Ville : Situation familiale : Marié(e) Pacsé(e)
Adresse de facturation ? Oui Non Célibataire Concubinage Divorcé(e) Veuf(ve)
Profession :

RESPONSABLE LEGAL 2

NOM : ☎ Fixe :
NOM de jeune fille : ☎ Portable :
Prénom : ☎ Professionnel :
Adresse (si différente): @courriel :
..... N° allocataire CAF :
CP : Autre régime :
Ville : Situation familiale : Marié(e) Pacsé(e)
Adresse de facturation ? Oui Non Célibataire Concubinage Divorcé(e) Veuf(ve)
Profession :

**Si garde exclusive ou destitution de l'autorité parentale,
joindre impérativement une pièce justificative du jugement.**

STRUCTURE OU FAMILLE D'ACCUEIL

NOM : PRENOM :
Adresse :
CP / Ville :
Téléphone :

Fait à

Le

Signature responsable légal 1

Signature responsable légal 2

FICHE SANITAIRE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles aux animateurs et aux médecins sur le participant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé mais elle est obligatoire pour tout accueil collectif de mineur.

Médecin Traitant de l'enfant (NOM, Ville et Téléphone) :

Mutuelle : **N° Mutuelle :**

Si CMU, photocopie de la carte vitale et de l'attestation CMU où l'enfant apparaît.

VACCINATIONS :

- Fournir **obligatoirement un certificat médical attestant la mise à jour des vaccins de l'enfant.** (Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication).

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX SUR LE PARTICIPANT

Le participant suit-il un traitement médical : OUI NON
Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et autorisation parentale)

Le Participant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (Cochez les maladies concernées) :

Rubéole Varicelle Angine Rhumatisme Scarlatine Coqueluche

Otite Rougeole Oreillons

ALLERGIES
Asthme oui non | Alimentaire oui non | Médicamenteuse oui non | Autres :.....

CAUSE DE L'ALLERGIE ET CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler) :
.....
.....

Autorisez-vous le maquillage sur votre enfant dans le cadre des activités ? oui non

DIFFICULTES DE SANTE (Maladie, Accident, Crises, Opérations, Rééducation,) en précisant dates et précautions à prendre :
.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (Lunettes, Lentilles, Prothèse dentaires,... précisez)
.....
.....

Type de repas : Sans porc Végétarien Autres (précisez) :.....

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

Date : **Signature :**