



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ENFANT

NOM : PRENOM :
 Date de naissance : Masculin Féminin
 Lieu de naissance :
 Adresse de l'enfant :
 CP / Ville :

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 : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e)
Adresse de facturation ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e)
Adresse de facturation ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)
Profession :	

STRUCTURE OU FAMILLE D'ACCUEIL

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

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

Fait à	Le
Signature responsable légal 1	Signature responsable légal 2

AUTORISATIONS PARENTALES

Enfant(s) :

- **Autorisé(s) à repartir :** seul(s) accompagné(s)

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher mon enfant en mon absence :

NOM-Prénom	Lien de parenté	N° de téléphone

▪ **Urgence médicale**

J'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.
- Je m'engage à rembourser les frais médicaux engagés par la Ligue de l'enseignement de Normandie.

▪ **Transport**

J'autorise :

- La structure à transporter mon enfant :
 - en transport collectif,
 - en co-voiturage,
 - et occasionnellement par l'équipe d'animation, dans son véhicule personnel assuré par la Ligue de l'enseignement si les transports en commun ne sont pas adaptés.

Je soussigné(e) _____, responsable légal de
l'enfant _____ atteste avoir lu et approuve cette décharge.

Fait à _____, le _____
Signature(s) des 2 parents ou du responsable légal

**REPRODUCTION ET REPRESENTATION DE PHOTOGRAPHIE POUR UNE
PERSONNE MINEURE**

Nous soussignés (prénom, nom des 2 parents ou du responsable légal)

.....

domiciliés à (indiquer l'adresse de chaque parent si ce n'est pas la même) :

.....

.....

responsables légaux de l'enfant (prénom, nom de l'enfant)

.....

Autorisons l'équipe de la Ligue de l'enseignement de Normandie organisateur de l'Accueil Collectif de Mineurs de Cagny à utiliser l'image de mon enfant (photos – films) sur tous les supports de valorisation et/ou publications (site internet de la Ligue de l'enseignement de Normandie www.laliguenormandie.org, réseaux sociaux, blog, plaquettes, journaux, affichages pédagogiques...) destinés aux opérations de communication.

Cette autorisation est consentie à titre gratuit et est valable au maximum 3 ans.

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données concernant votre enfant (Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée). Pour toute demande de suppression ou rectification, vous pouvez vous adresser à la Ligue de l'enseignement de Normandie - 16, rue de la Girafe 14078 Caen cedex 5 - ou en envoyant un courriel : contact@laliguenormandie.org.

Fait à, le

Signature(s) des 2 parents ou responsables légaux

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.

NOM du Participant :Prénom :.....

Date de Naissance :.....

Garçon

Fille

NOM(S)-prénom(s) du(des) responsables légal(aux) :.....

Adresse complète :.....

Téléphone(s) fixe(s) et portable(s) du domicile :.....

Téléphone(s) fixe(s) et portable(s) du travail :

Médecin Traitant (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 :