

DOSSIER VALIDE POUR L'ANNEE SCOLAIRE : 20.../20...

FICHE DE RENSEIGNEMENT



SERVICE ENFANCE-JEUNESSE VILLE DE CAMARET SUR AIGUES

DOSSIER*

EMS - Centre de loisirs - Club Ados - Restaurant scolaire

ENFANT

Nom :	Prénom :
Ecole :	Classe :
Né(e) le :/...../.....	A :
Sexe : Féminin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/>

RESPONSABLES LEGAUX

Responsables légaux :

Situation Familiale* :

Marié - Divorcé - Célibataire - Vie maritale - Autres :

Père ou responsable légal

Nom :	Prénom :
Tél. Dom :	Tél. Port :
Adresse :	
Profession :	Employeur :
Tél. Travail :	Poste :
Régime* : CAF MSA Autre :	N° Allocataire :

Mère ou responsable légal

Nom :	Prénom :
Tél. Dom :	Tél. Port :
Adresse :	
Profession :	Employeur :
Tél. Travail :	Poste :
Régime* : CAF MSA Autre :	N° Allocataire :

* rayer les mentions inutiles

Documents confidentiel - Réservé au Service Enfance Jeunesse

FRERES ET SŒURS

Nom/Prénom	Age	Etablissement fréquenté

PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant,
en plus des responsables légaux

Nom Prénom	Téléphone

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom Prénom	Téléphone
Adresse	

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE (à but non lucratif)

J'autorise la Ville de Camaret sur Aigues à photographier et à filmer mon enfant lors des activités du Service Enfance Jeunesse, et à publier ou diffuser ces images dans une édition municipale (affiche, dépliant, site internet) ou lors d'un événement municipal.

oui non

AUTORISATION SORTIES

J'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par le Service Enfance Jeunesse, en dehors des locaux d'accueil.

oui non

AUTORISATION TRANSPORT

J'autorise le transport en car ou minibus de mon enfant, pour se rendre sur des lieux d'activités ou de sorties.

oui non

Email :



FICHE SANITAIRE

SERVICE ENFANCE-JEUNESSE

VILLE DE CAMARET SUR AIGUES

VACCINATIONS

Fournir la photocopie du carnet de vaccination en vérifiant que le nom de l'enfant est clairement mentionné.

Nature du vaccin	Date de vaccination
DTP - T	
ROR	
Hépatite	
BCG	
Autres :	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

N° de sécurité sociale :

L'enfant suit-il un traitement médical permanent ? oui non

L'enfant souffre-t-il d'allergies ?

Asthme oui non Médicamenteuses oui non

Alimentaires oui non Autres : oui non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

Votre enfant est-il atteint d'une maladie chronique nécessitant un traitement en cas de crise ?

oui non Si oui, voir en annexe le P.A.I.

Votre enfant fait-il l'objet d'un P.A.I. ?

oui non Si oui, joindre le P.A.I. au dossier.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE <input type="checkbox"/>	VARICELLE <input type="checkbox"/>	ANGINE <input type="checkbox"/>	SCARLATINE <input type="checkbox"/>	COQUELUCHE <input type="checkbox"/>
OTITE <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE <input type="checkbox"/>	OREILLONS <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/>	

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

Recommandations utiles des parents : votre enfant porte-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.,...

Précisez,

.....

Nom et tél. du médecin traitant :

.....

Je soussigné(e),.....
 responsable légal(e) de l'enfant.....

_ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à remplir une nouvelle fiche de renseignement, pour toute modification des informations fournies,

_ autorise les responsables des accueils de loisirs et des accueils périscolaires à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à le.....

Signature (précédée de la mention "lu et approuvé")