



Renseignement sur l'enfant

NOM :	Prénom :
<input type="checkbox"/> Fille	
<input type="checkbox"/> Garçon	
Date de naissance :	
Lieu de naissance :	
Régime alimentaire :	

Renseignement sur la famille

<b><u>Parent 1</u></b>	
NOM :	Prénom :
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Téléphone :	/
<b><u>Parent 2</u></b>	
NOM :	Prénom :
Adresse (si différente) :	
Code Postal :	Ville :
Téléphone :	/
<b>E-mail :</b>	
N°Allocataire CAF :	Quotient familial :



Autorisations

J'autorise les associations IFAC à réaliser des prises de vues photographiques, de mon enfant pendant le déroulement de ses activités. Et à les utiliser librement, sans demande ni rémunération, ni droit d'utilisation, pour leurs opérations de développement et de communication quel que soit le support (documents de présentation, brochures, publications, site internet, expositions). Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation des photographies ne devront pas porter atteintes à ma réputation

- OUI
- NON
  
- A participer aux activités physiques et sportives
- A participer aux baignades surveillées
- De transport en véhicule de service et car de location
- A partir seul de la structure à partir de 17h / 17h30 / 18h / 18h30

J'autorise mon enfant à partir de la structure avec les personnes suivantes (nom, prénom, situation par rapport à l'enfant) :

.....

.....

.....

.....

.....

- J'ai pris connaissance du règlement intérieur disponible sur le site internet ou au secrétariat, et m'engage à le respecter

Fait à ..... Le .....

SIGNATURE

**MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT**

NOM :	Prénom :
-------	----------

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le service Animation Jeunesse*

**1- VACCINATIONS (pas de copie du carnet de santé)**

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DERNIER RAPPEL	VACCINATIONS RECOMMANDES	DATE
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				ROR	
<b>OU</b> DT Polio				BCG	
<b>OU</b> Tétracoq				Autres	

*Si l'enfant n'a pas les vaccinations obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication*

**2- Renseignements concernant l'enfant**

Suit-il un traitement médical ?

- OUI
- NON

Un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) une AEEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé) est-il mis en place ? *rayer les mentions inutiles*

- OUI
- NON

Si oui, joindre une ordonnance / le PAI, récent et les médicaments correspondants

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**

L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes :

- Asthme OUI / NON
- Alimentaires OUI / NON
- Médicamenteuses OUI / NON

→ Autres (animaux, plantes, pollens ...) OUI / NON

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (signaler si automédication)

.....  
.....

**FURNIR UN CERTIFICAT MEDICAL POUR TOUTES ALLERGIES NECESSITANT UN REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE**

L'enfant 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 ?

.....  
.....  
.....

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

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

**3- RECOMMANDATION UTILES**

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

.....  
.....

**4- RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : ..... PRENOM : .....

TEL DOMICILE ..... TEL PORTABLE.....

NOM / TEL DU MEDECIN TRAITANT.....

Fait à ..... Le .....

SIGNATURE