

Fiche Individuelle de Renseignements

Nom et Prénom de l'enfant :

Garçon ☐

Fille ☐

Né(e) le :

N° d'allocataire C.A.F. :

C.A.F d'appartenance :

CAF DE LA MOSELLE ☐

Régime social :

Autre C.A.F :

PARENTS DE L'ENFANT

	Mère Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom et Prénom		
Adresse du domicile		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Courriel		
Situation familiale		
N° de sécurité sociale		
Nom et adresse de l'employeur		
Catégorie socioprof. :		

Famille :

Parentale ☐

Monoparentale ☐

Recomposée ☐

Accueil ☐

PERSONNES AUTORISÉES à venir chercher l'enfant (autre que les parents) :

Nom / Prénom	Lien de parenté	N° de téléphone	Adresse

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités :

Oui ☐

Non ☐

Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives.

Oui ☐

Non ☐

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...)

Oui ☐

Non ☐

L'enfant sait il nager ? Oui ☐

Non ☐

Piscine autorisée ?

Oui ☐

Non ☐

ASSURANCE

Nom de la compagnie :

N° de téléphone :

N° de contrat :

Fiche Sanitaire

Nom et Prénom de l'enfant :

Né(e) le :

Garçon ☐

Fille ☐

Régime alimentaire :

Port de lunettes, prothèses auditives, ou autre :

Vaccinations

Merci de joindre à ce dossier une photocopie de l'ensemble des pages présentant les vaccins dans le carnet de santé de votre enfant.

Pour rappel, la vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite est obligatoire. Si ces vaccins n'ont pas été réalisés, un certificat de contre indication devra être fourni.

Renseignements médicaux :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant son séjour à Carrefour Juniors ?

Oui ☐

Non ☐

Si oui, merci de nous fournir les médicaments, accompagnés d'une copie de l'ordonnance correspondante. (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marqués au nom de l'enfant avec la notice)

Attention, aucun médicament ne sera donné sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà contracté les maladies ou symptômes suivants ?

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

L'enfant présente il des allergies ?

Médicamenteuses	Alimentaires	Autres

Conduite à tenir :

.....

Autres difficultés de santé et précautions à prendre :

.....

En cas d'accident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant. Le responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

Dans le cas de recommandations spécifiques, vous pouvez les renseigner sur une feuille jointe à ce document.