



"FAMILLES RURALES" Association de

Fiche de renseignements

Activités : périscolaire/cantine/ALSH/sports/culture

Période concernée

Enfants inscrits :

| Nom | Prénom | Date de naissance | Classe fréquentée |
|-----|--------|-------------------|-------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Responsables légaux des enfants :

| | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| Monsieur : | Madame : |
| Adresse : | Adresse : |
| Tél. domicile : | Tél. domicile : |
| Portable : | Portable : |
| Mail : | Mail : |
| Nom et adresse de l'employeur : | Nom et adresse de l'employeur : |
| Tél professionnel : | Tél professionnel : |

Régime sous lequel les enfants sont inscrits :

N° de sécurité sociale :

| | |
|---|--------------------------|
| Régime général, La Poste, Fonction publique d'état, France Télécom, Education nationale | MSA, RATP, SNCF, EDF GDF |
| N° allocataire CAF : | |
| Quotient familial : | |

AUTORISATIONS PARENTALES

AUTORISATION D'ACTIVITES :

Nous autorisons notre enfant à participer à l'ensemble des activités proposées par l'association, dans le cadre du Projet Pédagogique ainsi qu'à l'ensemble des sorties organisées, notamment :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Transport voiture individuelle (co-voiturage) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Séjours courts | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Baignade | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Pour information : mon enfant sait nager | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

AUTORISATION DE SORTIE :

Nous autorisons notre enfant à rentrer à la maison après le fonctionnement de l'accueil accompagné de :

- 1 :
- 2 :
- 3 :
- 4 :

AUTORISATION A L'IMAGE : OUI NON

Nous autorisons la reproduction et/ou la diffusion des photographies et/ou des vidéos (vente de CD) de notre enfant ou/et de nous-même réalisées par Familles Rurales. Pour les usages exclusifs suivants : journaux, supports vidéos, illustrations de documents d'information, illustration du site Internet Familles Rurales.

AUTORISATION MEDICALE :

En cas d'accident, les responsables s'engagent à nous avertir immédiatement.

Nous autorisons les responsables de l'activité à présenter notre enfant à un médecin en cas de soin à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Nous nous engageons à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels. De préférence le Docteur

L'enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. Dans la mesure du possible, je désire que mon enfant soit transporté par les services d'urgence ; hôpital ou clinique :

Nom :

Adresse :

.....

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée.

SIGNATURE DES RESPONSABLES LEGAUX

Précédé de « LU ET APPROUVÉ »

Fait le

à



INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.)

Blank lines for recording health difficulties and precautions.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

Blank lines for recording parental recommendations.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

Buttons for NON, OCCASIONNELLEMENT, OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

Buttons for NON, OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

Blank lines for director's information.

OBSERVATIONS

Blank lines for observations.

1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT polio, Ou Tétracoq, BCG.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Table with columns: RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS. Each cell contains 'oui' and 'non' checkboxes.

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

Blank lines for specifying allergy causes and management.