Canohès

Une ville de traditions... et d'avenir

FICHE DE RENSEIGNEMENT

Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
N° de portable de l'enfant : .....
Date de naissance : .....Lieu : .....

N° de sécurité sociale du jeune ou du responsable légal :
.....
Responsable légal du jeune : (préciser).....
Situation familiale: .....

PÈRE	MÈRE
Nom :	Nom : .....
Prénom :	Prénom : .....
Téléphones :	Téléphones :
Domicile :	Domicile : .....
Portable :	Portable : .....
Profession :	Profession : .....
Adresse de l'employeur :	Adresse de l'employeur : .....
.....	.....
Téléphone de l'employeur :	Téléphone de l'employeur :
.....	.....
N° Allocataire :	N° Allocataire :
CAF :	CAF : .....
MSA :	MSA : .....
Autres:	Autres : .....

DECLARATION

Je soussigné (e) Mme, Mr .....
Responsable légal du jeune .....

- Autorise l'équipe pédagogique à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgences, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions du médecin.
- M'engage à payer la part des frais de participation aux activités et aux séjours incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle.
- Autorise, en outre mon enfant à participer à toutes les activités organisées par l'espace jeunes.
- Dégage la responsabilité du personnel et de la municipalité pour toute perte ou vol d'objet appartenant au jeune.
- Autorise le personnel de l'espace jeunes à utiliser les photos de mon enfant prises lors des activités, sorties et séjours pour les diffusions dans la presse ou lors d'expositions photos.
- Autorise mon enfant à fréquenter l'espace jeunes de manière autonome, (entrées et sorties libres) et à quitter la structure par ses propres moyens.

Fait à ....., le .....

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

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)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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 :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Lapeyre 01 64 68 8000

AUTORISATION PARENTALE DE SORTIES ET D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Canohès
Une ville de traditions... d'avenir

INFORMATION JEUNESSE

Je soussigné Madame/Monsieur.....agissant en qualité de représentant légal de l'enfant.....

AUTORISE :

- Ma fille, mon fils à participer à l'activité.....,
  le.....de.....à.....sur le site ou commune de.....

- Mon enfant à fréquenter et à quitter seul la structure sans la présence d'un adulte.

- Mon enfant à participer aux sorties, et aux activités culturelles et sportives proposées par les animateurs de l'accueil de loisirs de CANOHES.

- Un praticien à pratiquer tout examen médical ou chirurgical nécessaire à l'établissement du diagnostic, et toute intervention médicale ou chirurgicale y compris avec phase d'anesthésie/réanimation que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.

- Le transfert à mes frais de mon enfant par une ambulance, si je ne peux aller le chercher moi-même (dans le cas où son état ne justifie pas un transfert par le SAMU ou par les pompiers).

Fait à.....

Le.....

SIGNATURE PRECEDEE DE LA MENTION « LU ET APPROUVE »

.....

Personnes pouvant être contactées rapidement en cas d'accident

NOM/prénom : .....

ADRESSE : .....

TEL : .....

PORTABLE : .....

TRAVAIL : .....