



SERVICE ENFANCE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

2010 - 2011

ENFANT

Nom de l'enfant : Prénom :

Garçon Fille Date de naissance :

Nationalité :

Ecole fréquentée : Classe :

PARENTS

Nom et prénom du responsable légal de l'enfant :

Situation de famille : Marié Célibataire Divorcé Pacsé Séparé Autres

PERE

Nom : Prénoms :

Adresse

Profession : Employeur :

N° tél. domicile : Adresse e-mail

N° de tél. du lieu de travail : Téléphone portable :

MERE

Nom : Prénoms :

Adresse si différente

Profession : Employeur :

N° tél. domicile Adresse e-mail

N° de tél. du lieu de travail : Téléphone portable :

N° de sécurité sociale : Nombre d'enfants inscrits à :

N° d'allocataire CAF : Crèche..... CLAE/CLSH.....

Nom de l'assurance : Maison de Jeunes.....

N° de l'assurance :

En cas d'urgence, le CLAE ou le CLSH peut faire appel au SAMU

OUI

NON

Tournez la page SVP

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

⇒ L'enfant suit-il un traitement médical ? 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.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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.

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

Rubéole : oui non **Varicelle** : oui non **Otite** : oui non

Angine : oui non **Oreillons** : oui non **Rougeole** : oui non

Scarlatine : oui non **Coqueluche** : oui non **Rhumatisme** : oui non

ALLERGIES : Asthme oui non Médicamenteuses oui non

Alimentaires oui non Autres

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A 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.

.....
.....

Recommandations particulières des parents (allergies, des lunettes, des problèmes familiaux...) :

.....
.....

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :

.....
.....

Pièces à fournir obligatoirement :

- Fiche de renseignements 2010-2011 et fiche d'autorisations, dûment complétées,
- Un certificat médical attestant que votre enfant peut pratiquer des activités sportives et vivre en collectivité, et que ses vaccinations sont à jour
- L'assurance scolaire et responsabilité civile (nous vous conseillons de contracter également une assurance individuelle accidents),
- Avis d'imposition 2009
- Copie de la carte d'allocataire CAF



AUTORISATION POUR LE CLAE ET LE CLSH

Je soussigné(e),.....

responsable légal de l'enfant

- déclare exacts les renseignements portés sur la fiche de renseignements.

- déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et du fonctionnement du centre de loisirs et du CLAE.

- autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs.

- autorise le responsable du CLAE / CLSH à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

- autorise les animateurs de CO.LAUR.SUD, ainsi que tous types de médias, à réaliser des reportages photos ou vidéos, en vue de leur publication ou de leur diffusion.

OUI

NON

- autorise COLAUR.SUD à utiliser CAFPRO de la CAF

OUI

NON

Date :

Signature du responsable
légal de l'enfant :