



<b>Nom et Prénoms de l'enfant :</b>		
<b>Date et lieu de naissance :</b>	<b>Sexe</b>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
<b>Fiche de Renseignements</b>		
<b>RESPONSABLE LEGAL: PÈRE - MÈRE <input type="checkbox"/> ASSISTANT FAMILIAL <input type="checkbox"/> CENTRE D'ACCUEIL <input type="checkbox"/></b>		
Nom et Prénoms :		
Date de Naissance :	Tél . Domicile :	
Lieu de naissance:	Tél . Portable :	
Code postal:	Email :	
Adresse :	Profession:	
Code postal et ville :	Tél. Professionnel :	
Situation Familiale : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Séparé /divorcé <input type="checkbox"/> Pacsé		
<b>PÈRE <input type="checkbox"/> MÈRE <input type="checkbox"/> AUTRES (à préciser)</b>		
Nom et Prénoms :		
Date de Naissance :	Tél. Domicile :	
Lieu de naissance:	Tél . Portable :	
Code postal:	Email :	
Adresse :	Profession:	
Code postal et ville :	Tél. Professionnel :	
Situation Familiale : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Séparé /divorcé <input type="checkbox"/> Pacsé		
Allergies : ( préciser)		
Garde Alternée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Votre enfant est il bénéficiaire de l'AEEH: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non En Cours: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Votre enfant a t-il un PAI: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Alimentaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Handicap : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autres: ( préciser lequel)		
<b>Noms et adresse de facturation ( si différentes )</b>		
Si vous êtes allocataires CAF:	N° allocataires :	Quotient familial :
Si vous êtes allocataires MSA:	N° allocataires :	Quotient familial :
N° Sécurité Sociale ( dont dépend l'enfant)		
J'autorise * je n'autorise pas*- le service jeunesse à consulter mon dossier CAF, par l'intermédiaire de CAFPRO. Afin de mettre à jour le tarif approprié à mon quotient au 1er Janvier ( sous réserve de de la mise à jour de la CAF) Tout changement de situation en cours d'année est à signaler. Si vous n'autorisez pas l'accès à CAFPRO, Veuillez fournir l'avis d'imposition de l'année précédente. Sans éléments de référence, le tarif maximun vous sera appliqué. <u>barrer la mention inutile*</u>		
<b>Assurance Responsabilité Civile</b>		
Compagnie d'assurance : _____		
N° contrat : _____ Date d'expiration :		
<b>Pièces à fournir</b>		
Quotient Familial délivré par la CAF(noté sur l'attestation CAF) ou déclaration d'impôts	<input type="checkbox"/>	
Photocopie de la carte de Sécurité Sociale	<input type="checkbox"/>	
Copie du livret de famille entier ou carte d'identité de l'enfant recto/verso (le cas échéant)	<input type="checkbox"/>	
Attestation d'assurance	<input type="checkbox"/>	
Règlement intérieur signé, fiche sanitaire signée et autorisation signées	<input type="checkbox"/>	
<b>L'inscription sera définitive si le dossier est complet</b>		
Je certifie sur l'honneur l'exatitude des informations mentionnées dans la totalité du dossier d'inscription		
Date et Signature:		



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

### 1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Polioomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

### 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
MÉDICAMENTEUSES  oui  non  
AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

### 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

### 4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....

TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

## AUTORISATIONS

Je soussigné(e)..... Autorise :

- Mon enfant .....à arriver et/ou repartir seul après les activités proposées

OUI     NON

- Les personnes suivantes à venir récupérer mon enfant à la fin de l'activité :

- NOM : .....
- NOM : .....
- NOM : .....

- Les responsables des activités auxquelles mon enfant participe à prendre, le cas échéant, toute mesure utile au cas où l'enfant aurait besoin de soins urgents (intervention chirurgicale si nécessaire à la demande du corps médical).

OUI     NON

- La Ville de Fécamp à contacter les personnes suivantes en cas d'urgence (autres que les parents) :

- NOM : .....
- NOM : .....
- NOM : .....

- La Ville de Fécamp à utiliser les photos sur lesquelles mon enfant apparaît dans :

- les revues municipales
- les sites Internet municipaux
- les projections grand public
- les documentations : éditions institutionnelles

OUI     NON

**Signature des parents :**

**Date :** .....