

FICHE INDIVIDUELLE ENFANT

MERCI DE REMPLIR CES INFORMATIONS TRÈS PRÉCISÉMENT

Accueil de loisirs de :

Identité de l'enfant

Nom :

Prénom..... Sexe : F – M

Date de naissance : / / Lieu de naissance : Age :

Poids : Taille :

Téléphone des parents ou tuteurs légaux :

Personnes à contacter et/ou autorisées à venir chercher l'enfant en cas d'urgence ou d'indisponibilité des parents (Présentation d'une pièce d'identité)

Nom :Prénom :Qualité : Tél :

Nom :Prénom :Qualité : Tél :

Nom :Prénom :Qualité : Tél :

Nom :Prénom :Qualité : Tél :

Allergies

	OUI	NON	Lesquelles ?
Alimentaires			
Médicamenteuses			
Autres (pollen, animaux...)			

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

Informations médicales

P. A. I (Protocole d'Accueil Individualisé): OUI NON

Problème de santé particulier :

Traitement médical :

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

Nom médecin traitant :

Tél :

Vaccinations

Photocopie des vaccinations à jour à fournir à la structure.

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Recommandations utiles

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne :

.....
.....
.....

Autorisations parentales

Je, soussigné(e), déclare avoir le plein exercice de l'autorité parentale et atteste de l'exactitude des renseignements suivants :

1/ Autorise seulement les personnes habilitées à venir chercher mon enfant à l'Accueil de loisirs :

Oui Non

2/ Autorise Familles Rurales à reproduire et à diffuser les photographies et/ou vidéos réalisées par Familles Rurales de ma personne ou de celle de mon enfant ; pour les usages exclusifs suivants : journaux Familles Rurales, supports vidéos Familles Rurales, illustrations de documents d'information Familles Rurales, illustrations du site Internet Familles Rurales. Cette autorisation est valable pour une durée de 10 ans.

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de ces photos/vidéos ne porteront pas atteinte à ma réputation ou à ma vie privée, ou à celle de mon enfant :

Oui Non

3/ Autorise Familles Rurales à afficher des photos de mon enfant à l'intérieur du centre :

Oui Non

Engagement des parents

M'engage à transmettre à l'organisateur, les éventuels changements d'adresses, de coordonnées téléphoniques concernant les parents et les personnes à contacter.

M'engage à régler l'intégralité des frais dus au titre de l'Accueil de loisirs.

M'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Je soussigné(e).....responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et accepter ses dispositions.

Fait à :

Le :

Signature des parents ou des tuteurs légaux :

FICHE INDIVIDUELLE ENFANT

MERCI DE REMPLIR CES INFORMATIONS TRÈS PRÉCISÉMENT

Accueil de loisirs de :

Identité de l'enfant

Nom :

Prénom..... Sexe : F – M

Date de naissance : / / Lieu de naissance : Age :

Poids : Taille :

Téléphone des parents ou tuteurs légaux :

Personnes à contacter et/ou autorisées à venir chercher l'enfant en cas d'urgence ou d'indisponibilité des parents (Présentation d'une pièce d'identité)

Nom :Prénom :Qualité : Tél :

Nom :Prénom :Qualité : Tél :

Nom :Prénom :Qualité : Tél :

Nom :Prénom :Qualité : Tél :

Allergies

	OUI	NON	Lesquelles ?
Alimentaires			
Médicamenteuses			
Autres (pollen, animaux...)			

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

Informations médicales

P. A. I (Protocole d'Accueil Individualisé): OUI NON

Problème de santé particulier :

Traitement médical :

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

Nom médecin traitant :

Tél :

Vaccinations

Photocopie des vaccinations : OUI NON

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Recommandations utiles

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne :

.....
.....
.....

Autorisations parentales

Je, soussigné(e), déclare avoir le plein exercice de l'autorité parentale et atteste de l'exactitude des renseignements suivants :

1/ Autorise seulement les personnes habilitées à venir chercher mon enfant à l'Accueil de loisirs :

Oui Non

2/ Autorise Familles Rurales à reproduire et à diffuser les photographies et/ou vidéos réalisées par Familles Rurales de ma personne ou de celle de mon enfant ; pour les usages exclusifs suivants : journaux Familles Rurales, supports vidéos Familles Rurales, illustrations de documents d'information Familles Rurales, illustrations du site Internet Familles Rurales. Cette autorisation est valable pour une durée de 10 ans.

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de ces photos/vidéos ne porteront pas atteinte à ma réputation ou à ma vie privée, ou à celle de mon enfant :

Oui Non

3/ Autorise Familles Rurales à afficher des photos de mon enfant à l'intérieur du centre :

Oui Non

Engagement des parents

M'engage à transmettre à l'organisateur, les éventuels changements d'adresses, de coordonnées téléphoniques concernant les parents et les personnes à contacter.

M'engage à régler l'intégralité des frais dus au titre de l'Accueil de loisirs.

M'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Je soussigné(e).....responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et accepter ses dispositions.

Fait à :

Le :

Signature des parents ou des tuteurs légaux :