



<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	<p style="text-align: center;">1 – ENFANT</p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p style="text-align: center;">GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	---

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			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diptérie				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

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 ?

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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)

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT : _____

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

OBSERVATIONS

FICHE ENFANT

NOM : _____ **PRÉNOM :** _____

adresse : _____ téléphone : _____ liste rouge

 nationale : _____ portable : _____
 _____ né(e) le : _____
Email : _____ sexe : _____

Généralités

Régime

régime allocataire : _____
 nom de l'allocataire : _____
 n° allocataire : _____
 CAF (département) : _____

situation familiale

Nb enfants à charge : _____
 Nb total d'enfants : _____
 Parents : Célibataire Marié(e)
 veuf(ve) divorcé(e)
 séparé (e) concubin(e)

Scolarité

classe : _____
 établ. Scolaire : _____
 instituteur _____

repas spéciaux / allergies / PAI

personnes autorisées ou interdites à récupérer l'enfant

interdit	nom - prénom	téléphone	lien de parenté
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

AUTORISATIONS

Je soussigné(e), _____, responsable légal, approuve et respecte le contrat de diffusion à l'image concernant les prises de vue sur lesquelles mon enfant _____ figurera.
 OUI NON

et autorise mon enfant _____ :

- à participer aux sorties pédagogiques (poney, piscine, musée, pique-nique, etc...) OUI NON
- à participer aux campings (pour les primaires) OUI NON
- à participer aux veillées (pour les maternelles) OUI NON

fait à St Rémy sur Avre, le _____

Signatures



Inscription: ACM VACANCES APS ACM MERCREDI

MAIRIE SAINT REMY SUR AVRE

FICHE FAMILLE

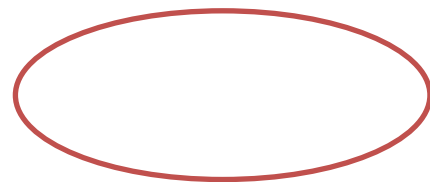
PARENTS

parent 1	parent 2
civilité : _____	civilité : _____
nom : _____	nom : _____
prénom : _____	prénom : _____
adresse : _____	adresse : _____
téléphone : _____ <input type="checkbox"/> liste rouge	téléphone : _____ <input type="checkbox"/> liste rouge
portable : _____	portable : _____
Email : _____	Email : _____
né(e) le : _____	né(e) le : _____
situation familiale : _____	situation familiale : _____
profession : _____	profession : _____
employeur : _____ poste : _____	employeur : _____ poste : _____
téléphone : _____	téléphone : _____
adresse : _____	adresse : _____
(employeur) _____	(employeur) _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
remarque : _____	remarque : _____

La commune décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol d'objets dans le cadre de l'accueil périscolaire ou des Accueils Collectifs de mineurs.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

Signatures



PIÈCES A FOURNIR LORS DES INSCRIPTIONS

	Accueil Périscolaire	ACM
Photocopie de l'attestation d'assurance	X	X
Photocopie du carnet de vaccination	X	X
Attestations employeurs	X	
Photocopie attestation CAF	X	X
Accusé de réception du règlement intérieur signé	X	X
Photocopie d'un justificatif de domicile (factures EDF, quittance de loyer...)	X	X
Autorisation de prélèvement remplie et signée + RIB	X	
Autorisation de prises de vue et diffusion à l'image signée	X	X
Une enveloppe timbrée nom et adresse des parents	X	X
Dossier complet et signé	X	X
Photocopie de l'avis d'imposition ou de non imposition uniquement pour les familles hors commune (si celles-ci ne sont pas fournies, la tranche la plus haute sera appliquée)	X	X

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSÉ

Les dossiers doivent être impérativement déposés à l'espace jeunes

Autorisation des prises de vue et diffusion à l'image (selon l'article 226 du code pénal)

ENTRE :

Mme _____ et M. _____

Adresse : _____

Dénommé(es) ci-après "*LES REPRESENTANTS LEGAUX*".

Représentants légaux des enfants :

NOM de l'enfant	Prénom de l'enfant	Date de naissance

Adresse de l'enfant (si différente des parents)

Dénommé(es) ci-après "*L'ENFANT*"

ET :

LE SERVICE ENFANCE JEUNESSE DE LA VILLE DE SAINT REMY SUR AVRE

Représenté par : Julie JAN

Demeurant : Mairie de Saint Rémy sur Avre

Dénommé ci-après "*LE SERVICE ENFANCE JEUNESSE*"

Dans le cadre des accueils collectifs de mineurs, le service enfance jeunesse est amené à travailler autour d'un thème s'appuyant sur le projet pédagogique de la structure.

Le service enfance jeunesse utilise la photographie et la vidéo durant les activités avec les enfants, ces pratiques multimédias pouvant s'inscrire comme une activité à part entière.

Ces images pourront être diffusées via différents supports de communication : la gazette du centre, le livret d'information, le tambour, les journaux locaux, les sites internet (mairiesaintremy-jeunesse.fr et ville-st-remy-sur-avre.fr), des panneaux photos, CD-Rom...).

Article 1 : Cession des droits

Par le présent contrat, les représentants légaux autorisent le service enfance jeunesse à réaliser des photographies et des vidéos de leur enfant et cèdent au service enfance jeunesse les droits qu'ils détiennent sur l'image de leur enfant telle que reproduite sur toutes les photographies réalisées par le service enfance jeunesse pendant toute la durée de l'accueil de l'enfant par le service enfance jeunesse.

En conséquence, les représentants légaux autorisent le service enfance jeunesse à fixer, reproduire, communiquer, diffuser et modifier par tout moyen technique les photographies et vidéos réalisées dans le cadre du présent contrat.

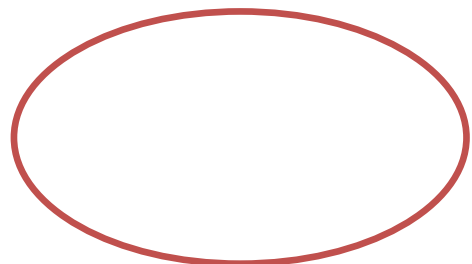
Les photographies pourront être reproduites en partie ou en totalité sur tout support (papier, numérique, magnétique, tissu, plastique etc.) et intégrées à tout autre matériel (photographie, dessin, illustration, peinture, vidéo, animations etc.) connus et à venir.

Fait à _____, le _____

Signature des REPRESENTANTS LEGAUX
précédée de la mention "lu et approuvé"

Signature du SERVICE ENFANCE JEUNESSE
précédée de la mention "lu et approuvé"

SIGNATURES



Accusé de réception
Règlement intérieur
Du Service Enfance Jeunesse

A retourner le jour de l'inscription avec le dossier. Si plusieurs enfants les inscrire tous.

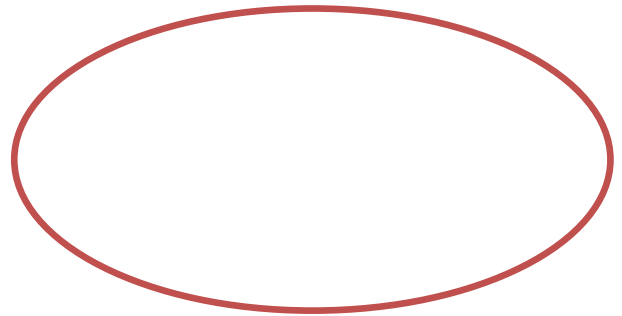
Je soussigné(e) Monsieur, Madame.....

Représentant légal de l'enfant

.....
reconnais avoir pris connaissance du présent règlement intérieur, m'engage à le respecter.

Fait à _____, le _____

Signature(s) parent(s)



Signature(s) enfant(s)

