

réceptionné par :
saisie par : date de saisie :



Fiche Individuelle de Renseignements
INSCRIPTIONS PERISCOLAIRE
MJC WITTENHEIM 2018 / 2019

Nom, prénom de l'enfant : Né(e) le :

Ecole : Enseignant : Classe :

PARENTS DE L'ENFANT

	Mère	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile / quartier :				
Tél. Domicile/Portable :				
Courriel :				
Catégorie socioprof. :				
Quartier :				

Famille : Parentale Monoparentale Recomposée Accueil

Merci de bien vouloir préciser :

Célibataire Marié Veuf Divorcé Pacs Vie maritale

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

	Mère	Père
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		
Profession parents :		

Autres personnes majeures autorisées à venir chercher l'enfant ou à prévenir en cas d'urgence:

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

N° Allocataire C.A.F. : Régime social :
C.A.F. d'appartenance : CAF 68 Autre C.A.F.

Quotient familial Nbre Enfants à charge :

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire:

Nom de la compagnie : N°Téléphone N°Contrat :

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

Médecin traitant : Nom : Téléphone :

Adresse :

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités OUI NON

Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives.

OUI NON

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...)

OUI NON

Fiche de Renseignements

PERISCOLAIRE
MJC WITTENHEIM 2018 / 2019



Nom, prénom de l'enfant : Né(e) le :

Ecole : Enseignant : Classe :

PARENTS DE L'ENFANT

	Mère	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile / quartier :				
Tél. Domicile/Portable :				
Tél. Professionnel :				
Situation familiale :				

Autres personnes majeures autorisées à venir chercher l'enfant ou à prévenir en cas d'urgence:

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

Médecin traitant : Nom : Téléphone :

Adresse :

Régime alimentaire :

Allergies :

Recommandations des parents :

ASSURANCE:

Nom de la compagnie : N°Téléphone : N°Contrat :

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités OUI NON

Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives.

OUI NON

OUI NON

ACCUEIL DU MATIN	RESTAURATION SCOLAIRE	ACCUEIL DU SOIR
<input type="checkbox"/> Régulier tous les jours	<input type="checkbox"/> Régulier tous les jours	<input type="checkbox"/> Régulier tous les jours
Jours fixes	Jours fixes	Jours fixes
<input type="checkbox"/> Lundi	<input type="checkbox"/> Lundi	<input type="checkbox"/> Lundi
<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> Mardi
<input type="checkbox"/> Mercredi	<input type="checkbox"/> Jeudi	<input type="checkbox"/> Jeudi
<input type="checkbox"/> Jeudi	<input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Vendredi
<input type="checkbox"/> Vendredi		
<input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Occasionnel

Régime Alimentaire: Sans viande Allergie alimentaire (PAI) Aucun

Seriez-vous également intéressés (Sondage) par :

- Accueil du mercredi matin : 8h30 à 12h00
- Accueil du mercredi journée (avec repas)

Fait à, le

Signature :



1 - ENFANT
 NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DEMANDER DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

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	<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	ARTICULAIRE AIGU	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
ALLERGIES :	ASTHME		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	MÉDICAMENTEUSES		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	ALIMENTAIRES		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 PARCOURANT 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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

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

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

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

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :
 DE LA CMU
 D'UNE PRISE EN CHARGE S.S. À 100%
 Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____
 Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
 COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES