



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS
ANNEE 20 __
SORTIE ADOS**

Identité de l'enfant :

NOM : _____ Prénoms : _____

Sexe : ____ Date et lieu de naissance : _____

☎ Portable : _____

Adresse Mail : _____ @ _____

Identité des parents :

NOM : _____ Prénom : _____ Adresse (préciser n°/nom du bâtiment en logement collectif) : _____ _____ _____ Code Postal : _____ Ville : _____ ☎ Domicile : _____ ☎ Portable : _____ Adresse mail : _____	NOM : _____ Prénom : _____ Adresse (préciser n°/nom du bâtiment en logement collectif) : _____ _____ _____ Code Postal _____ Ville : _____ ☎ Domicile : _____ ☎ Portable : _____ Adresse mail : _____
--	--

Responsable légal : Père Mère Marié Pacsé Divorcé/Séparé* Célibataire
* Indiquer s'il y a un des parents qui n'a plus l'autorité parentale : Père Mère

Personnes à contacter en cas d'urgence si les responsables légaux restent injoignables

Nom _____ ☎ _____	Lien avec l'enfant : _____
Adresse _____	
Nom _____ ☎ _____	Lien avec l'enfant : _____
Adresse _____	

DIVERS

➤ Régime alimentaire : normal sans viande sans porc

➤ Pendant les activités, j'autorise le personnel de la mairie à photographier et/ou à filmer mon enfant à des fins de promotion/communication, d'information et d'archivage : Oui Non

➤ J'accepte les modalités de protection des données*

➤ Veuillez signaler les observations particulières que vous jugerez utiles (allergies, traitement en cours, précautions particulières...) :

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

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

MACHEREN, le _____
(signature)

PIECES OBLIGATOIRES A JOINDRE AU MOMENT DE L'INSCRIPTION

- Fiche sanitaire de liaison
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- Copie carte d'identité

* Protection des données : les informations recueillies sur ce questionnaire seront conservées par les services de la mairie pendant la durée de l'année scolaire. Le droit d'accès et de rectification prévu à l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978 modifié relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'exerce auprès du secrétariat de la mairie de MACHEREN qui est seul destinataire de ces informations.



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
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				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

MEDICAMENTEUSES

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 :

NUMERO SECURITE SOCIALE :

Je soussigné(e)....., responsable legal 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 :