FICHE DE RENSEIGNEMENTS **ENFANT**

Corcieux VOSGES

ALLOCATIONS FAMILIALES Caf des Vosges

□ Accueil périscolaire - Restauration scolaire
□ Accueil de Loisirs Toussaint □S1
□ Accueil de Loisirs Hiver □S1 □S2
□ Accueil de Loisirs Printemps □S1 □S2
□ Accueil de Loisirs Eté □S1 □S2 □S3 □Camping

QF 09/22 :
QF 02/23 :

2022-2023

ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____ Sexe : M□ F□
Né(e) le : _____ Lieu de naissance : _____ Classe : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
□ Régime sans porc □ P.A.I. □ Allergie : _____

ADULTES

RESPONSABLE 1 **Quotient familial CAF ou MSA :**
N° allocataire CAF ou MSA 88 : _____
NOM : _____ Prénom : _____
Autorité parentale : □OUI □NON Situation de famille : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Tél domicile : _____ Tél portable : _____ Tél travail : _____
Courriel : _____
Profession : _____ Employeur :_____

RESPONSABLE 2 N° allocataire CAF 88 : _____
NOM : _____ Prénom : _____
Autorité parentale : □OUI □NON Situation de famille : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Tél domicile : _____ Tél portable : _____ Tél travail : _____
Courriel : _____
Profession : _____ Employeur :_____

AUTRE RESPONSABLE LEGAL
ORGANISME : _____ Fonction : _____
Autorité parentale : □OUI □NON Lien avec l'enfant : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____

Tél domicile : _____ Tél portable : _____

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

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	
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 : ……

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 :

PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

AUTRE QUE LES PARENTS

NOM : _____ Prénom : _____
Lien avec l'enfant : _____
□ A appeler en cas d'urgence □ Autorisé à récupérer l'enfant
Tél domicile : _____ Tél portable : _____ Tél travail : _____

NOM : _____ Prénom : _____
Lien avec l'enfant : _____
□ A appeler en cas d'urgence □ Autorisé à récupérer l'enfant
Tél domicile : _____ Tél portable : _____ Tél travail : _____

NOM : _____ Prénom : _____
Lien avec l'enfant : _____
□ A appeler en cas d'urgence □ Autorisé à récupérer l'enfant
Tél domicile : _____ Tél portable : _____ Tél travail : _____

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : □OUI □NON Individuelle Accident : □OUI □NON
Compagnie d'assurance : _____ N° de police d'assurance : _____

AUTORISATIONS (à remplir par les deux parents en cas d'adresses différentes)

J'autorise à photographier ou filmer mon enfant pour tous supports de communication :
Le cas échéant, l'autorisation est valable pour la totalité de l'année scolaire 2021/2022 mais peut être retirée à tout moment en contactant la mairie de Corcieux.

□OUI □NON

J'autorise mon enfant à rentrer seul à **17h30**, à la sortie de l'Accueil de Loisirs des **vacances scolaires** :
□OUI □NON

Fait à _____, Signature des parents :
Le _____

La Mairie de Corcieux, responsable du traitement des données contenues dans ce formulaire, vous informe que ce traitement correspond à une mission d'intérêt public au regard de l'article 6 du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).
Si vous souhaitez plus d'informations sur la protection des données personnelles et vos droits en la matière, vous pouvez :

- *consulter le site de la CNIL : https://www.cnil.fr/*
- *contacter le Délégué à la Protection des Données de la collectivité : https://www.agirhe.cdg54.fr/TDB/rgpd.aspx*