



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ENFANTS 3-15 ans MERCREDIS ET VACANCES 2021



AUTORISATIONS PARENTALES



Enfant :

NOM : PRENOM :
Date de naissance :/...../..... Classe :
Scolarisé à :
Nom de l'Assurance scolaire / extrascolaire :
N° du contrat d'assurance :

Responsables légaux :

Nom : Prénom : Adresse : CP : Ville : @ : ① Portable : ① Professionnel : N° Allocataire CAF :
Nom : Prénom : Adresse : CP : Ville : @ : ① Portable : ① Professionnel : N° Allocataire CAF : Nom à faire apparaître sur la facture :

Pour être complet, votre dossier doit être constitué de :

- ☐ L'adhésion annuelle de 7€ (valable du 1^{er} janvier au 31 décembre)
- ☐ La fiche de renseignement enfant – Mercredis et vacances 2021
- ☐ La fiche sanitaire de liaison (à retirer auprès du centre)
- ☐ Une photocopie du carnet de vaccinations.
- ☐ L'attestation CAF ou le n° allocataire à remplir ci-dessus.

Je soussigné M ou Mme
responsable de l'enfant.....
l'autorise à participer aux dispositifs de l'accueil collectif de mineurs CAP' TIVAN mis en place par l'association **CAP'SPORT**, qui se déroulera tout au long de l'année 2021.
En outre, j'autorise les responsables du projet à prendre toutes les mesures d'urgences concernant mon enfant en cas d'accident ou d'infection aigu.

****Cocher les cases de votre choix**

Comment rentre mon enfant ? **

- ☐ J'autorise mon enfant à rentrer seul aux horaires délivrés par le dispositif concerné.
- ☐ Accompagné par ses responsables légaux ou les personnes ci-dessous :

Mr ou Mme..... Qualité : Tel :

Mr ou Mme..... Qualité : Tel :

Mr ou Mme..... Qualité : Tel :

ATTENTION : les parents qui n'autorisent pas leur(s) enfant(s) à rentrer seul devront venir impérativement le(s) récupérer à l'accueil de loisirs. Pour sa sécurité, aucun enfant ne se pourra se rendre seul à la grille.

Droit à l'image : **

- ☐ J'autorise le centre de loisirs à utiliser les photos prises de mon enfant pour alimenter les différents médias qu'utilise l'association.
- ☐ Je n'autorise pas le centre de loisirs à utiliser l'image de mon enfant.

Déplacements : **

- ☐ J'autorise le centre de loisirs à transporter mon enfant dans le cadre des sorties par le biais, soit des transports en commun, soit d'un véhicule de l'association CAP'Sport, soit d'un véhicule d'un salarié.
- ☐ Je n'autorise pas le centre de loisirs à transporter mon enfant dans le cadre des sorties.

Informations personnelles : **

- ☐ J'autorise le centre de loisirs, à partir de mon n° allocataire CAF, de consulter depuis le site www.cafpro.fr mon quotient familial.
- ☐ Je n'autorise pas le centre de loisirs à consulter mes données personnelles.
- ☐ J'autorise CAP'Tivan à m'envoyer des offres de loisirs par mail.

Règlement intérieur : **

- ☐ J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur du centre de loisirs et m'engage à en respecter les clauses.

Fait à le / / 2021 Signature (Précédée de la mention lu et approuvé)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE ☐ GARÇON ☐ FILLE ☐ DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

II. VACCINATIONS

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :		VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio			____/____/____
Du DT coq			____/____/____
Du Tétracoq			____/____/____
D'une prise polio RAPPELS			____/____/____
			____/____/____

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES	VACCINS	DATES
1 ^{er} VACCIN	____/____/____	VACCIN	____/____/____		____/____/____
REVACCINATION	____/____/____	1 ^{er} RAPPEL	____/____/____		____/____/____

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE
 POURQUOI ?

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SERUM		____/____/____
		____/____/____
		____/____/____

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
non	☐	oui	☐	non	☐	oui	☐	non	☐
COQUELUCHE	☐	OTITES	☐	ASTHME	☐	ROUGEOLE	☐	OREILLONS	☐
non	☐	oui	☐	non	☐	oui	☐	non	☐

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? ☐ non ☐ oui ☐
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

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

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? ☐ non ☐ oui ☐

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. _____ N° DE TEL _____ DOMICILE _____ BUREAU _____

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

Je soussigné, responsable 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.

Signature :

DATE :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR :

Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVEE LE ____/____/____
 DEPART LE ____/____/____

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....

