



Fiche Individuelle

Nom	Prénom
Adresse : _____ _____	Né(e) le : _____
Téléphone : _____	Sexe : _____
Portable : _____	Nationalité : _____
<input type="checkbox"/> Liste rouge	
Email : _____	

Généralités											
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="text-align: left;">Régime</th></tr> <tr><td>Régime allocataire : _____</td></tr> <tr><td>Allocataire : _____</td></tr> <tr><td>N° Allocataire : _____</td></tr> <tr><td>CAF : _____</td></tr> </table>	Régime	Régime allocataire : _____	Allocataire : _____	N° Allocataire : _____	CAF : _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="text-align: left;">Situation financière</th></tr> <tr><td>Nb enfants à charge : _____ Nb enfants total : _____</td></tr> <tr><td>Nb de parts : _____</td></tr> <tr><td>Quotient familial : _____</td></tr> <tr><td>Date d'effet : _____</td></tr> </table>	Situation financière	Nb enfants à charge : _____ Nb enfants total : _____	Nb de parts : _____	Quotient familial : _____	Date d'effet : _____
Régime											
Régime allocataire : _____											
Allocataire : _____											
N° Allocataire : _____											
CAF : _____											
Situation financière											
Nb enfants à charge : _____ Nb enfants total : _____											
Nb de parts : _____											
Quotient familial : _____											
Date d'effet : _____											
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="text-align: left;">Statistiques</th></tr> <tr><td>Catégories Sociaux Prof : _____</td></tr> <tr><td>Quartier : _____</td></tr> <tr><td>Communauté de com. : _____</td></tr> </table>	Statistiques	Catégories Sociaux Prof : _____	Quartier : _____	Communauté de com. : _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="text-align: left;">Mémo</th></tr> <tr><td style="height: 40px;"></td></tr> </table>	Mémo					
Statistiques											
Catégories Sociaux Prof : _____											
Quartier : _____											
Communauté de com. : _____											
Mémo											

Généralités							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="text-align: left;">Scolarité</th></tr> <tr><td>Classe : _____</td></tr> <tr><td>Etabl. scolaire : _____</td></tr> <tr><td>Instituteur : _____</td></tr> </table>	Scolarité	Classe : _____	Etabl. scolaire : _____	Instituteur : _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="text-align: left;">Mémo</th></tr> <tr><td style="height: 150px;"></td></tr> </table>	Mémo	
Scolarité							
Classe : _____							
Etabl. scolaire : _____							
Instituteur : _____							
Mémo							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="text-align: left;">Repas spéciaux</th></tr> <tr><td style="height: 40px;"></td></tr> </table>	Repas spéciaux						
Repas spéciaux							

Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'individu			
Interdit	Nom - Prénom	Téléphones	Lien parenté
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____



### Fiche Individuelle

Parents	
<b>Parent 1</b> <span style="float: right;">Responsable légal <input type="checkbox"/></span>	<b>Parent 2</b> <span style="float: right;">Responsable légal <input type="checkbox"/></span>
Parenté : _____	Parenté : _____
Civilité : _____	Civilité : _____
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Profession : _____	Profession : _____
Employeur : _____	Employeur : _____
Téléphone : _____ Poste : _____	Téléphone : _____ Poste : _____
Portable : _____	Portable : _____
<b>Parent 3</b> <span style="float: right;">Responsable légal <input type="checkbox"/></span>	
Parenté : _____	
Civilité : _____	
Nom : _____	
Prénom : _____	
Profession : _____	
Employeur : _____	
Téléphone : _____ Poste : _____	
Portable : _____	

**Je (Nous) soussigné(s), ..... responsable(s) légal(aux) de l'individu certifie(ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.**



L'ENFANT

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARÇON       FILLE

**1 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). photocopie acceptée

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DU DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				B.C.G	
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

**2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de loisirs ou 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 et sans autorisation parentale.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME      oui  non   
 ALIMENTAIRES      oui  non

MÉDICAMENTEUSES      oui  non   
 AUTRES .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....  
.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....  
.....

**3 - INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....  
.....

**4- AUTORISATIONS**

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui  non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui  non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui  non

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE ou PORTABLE : ..... BUREAU : .....

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

*Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date :

Signature :