

## FICHE ENFANT

(Valable à partir du 01/01/2024 jusqu'au 31/12/2024)

Nom et Prénom de l'enfant :

Né(e) le :

À :

Sexe : Masculin O Féminin O

Adresse :

Photo d'identité de  
l'enfant

Mode de garde lors du séjour de l'enfant au centre

(Parents, Mère, Père, Grands-parents) :

Adresse où loge l'enfant durant son séjour au centre si différente de celle où il vit habituellement :

N° sécurité sociale où est affilié l'enfant :

Mutuelle :

N° contrat :

Ecole :

Classe :

Assurance scolaire :

N° contrat :

Assurance extrascolaire :

N° contrat :

**Nom et Prénom responsable** (Père, Mère ou Tuteur) :

Nationalité :

**Date de naissance** :

Téléphone :

Portable :

Profession :

Employeur :

Tél. Employeur :

Adresse email :

**N° Allocataire CAF ou MSA :**

**Quotient Familial :**

**Nombre d'enfant(s):**

**(Merci de fournir la photocopie de votre passeport CAF si vous en possédez un et de votre quotient familial)**

Utilisation si besoin du logiciel CAFPRO pour vérification des données. Acceptez-vous la conservation des données ?

Oui - NON

La CAF Dordogne participe activement aux actions menées par le centre de loisirs

## Autorisations concernant le centre de loisirs les mercredis et les vacances :

Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant .....,  
l'autorise :

O à participer aux différentes activités du centre,

O à participer aux activités à l'extérieur, organisées par le centre,

O à voyager avec la compagnie de car que le responsable du centre aura choisi,

O à participer aux activités aquatiques,

Mon enfant ne sait pas nager, mon enfant sait nager (rayer la mention inutile),

O à partir du centre accompagné des personnes suivantes (pas de mineur) :

(Votre enfant ne pourra partir avec une personne ne pouvant justifier de son identité)

- Nom et Prénom :

Numéro de téléphone :

Lien avec la famille (ami, voisin,...) :

- Nom et Prénom :

Numéro de téléphone :

Lien avec la famille (ami, voisin,...) :

- Nom et Prénom :

Numéro de téléphone :

Lien avec la famille (ami, voisin,...) :

### Autorisation parentale pour la publication de photographies :

Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant :

O Autorise les responsables du centre à utiliser dans le cadre pédagogique (publication, plaquettes publicitaires, site internet du centre) des photos de mon enfant.....prises au cours des activités du centre.

O Refuse que le centre utilise des photos de mon enfant.

### En cas d'urgence :

Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant

....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures, (traitement médicale, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Personnes à prévenir en cas d'urgence si je ne suis pas joignable :

- Nom et Prénom :

Numéro de téléphone :

Lien avec la famille (ami, voisin,...) :

- Nom et Prénom :

Numéro de téléphone :

Lien avec la famille (ami, voisin,...) :

- Nom et Prénom :

Numéro de téléphone :

Lien avec la famille (ami, voisin,...) :

### Règlement intérieur :

Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant

....., reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du centre et je m'engage à le respecter.

A La Roche Chalais, le .....

Signature du responsable légal :

## RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

(Valable à partir du 01/01/2024 jusqu'au 31/12/2024)

Nom et Prénom de l'enfant :

Né(e) le :

À :

Sexe : Masculin  Féminin

Adresse :

Mode de garde lors du séjour de l'enfant au centre

(Parents, Mère, Père, Grands-parents) :

Adresse où loge l'enfant durant son séjour au centre si différente de celle où il vit habituellement :

Personne à joindre en cas d'urgence :

Tél :

N° sécurité sociale où est affilié l'enfant :

Mutuelle :

N° contrat :

Ecole :

Classe :

Assurance scolaire :

N° contrat :

Assurance extrascolaire :

N° contrat :

Médecin qui suit l'enfant :

Tél :

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Lorsque l'enfant devra suivre un traitement médical pendant sa journée au centre, il sera obligatoire de fournir l'ordonnance de la prescription et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée 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 : oui  non     Varicelle : oui  non     Coqueluche : oui  non   
Rougeole : oui  non     Oreillons : oui  non     Scarlatine : oui  non

#### Allergies

Asthme : oui  non     Médicamenteuses : oui  non

Alimentaires : oui  non     préciser quels aliments:.....

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 précisant les dates et les précautions à prendre.

#### Recommandations utiles des parents

(votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaire, ...)

#### Autorisations en cas d'urgence:

Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant ..... autorise le directeur du centre à prendre toutes les dispositions utiles dans l'intérêt de mon enfant :

Intervention d'un médecin,

Hospitalisation,

J'autorise le praticien à mener toutes interventions chirurgicales rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

#### VACCINATIONS :

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médicale de contre-indication

<i>Vaccins obligatoires</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Dates des derniers rappels</i>
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Hépatite B			
Coqueluche			

<i>Vaccins recommandés</i>	<i>Dates des derniers rappels</i>
BGC	
Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Autres ( préciser)	

A La Roche-Chalais le .....

Signature du responsable légal de l'enfant: