

FICHE ENFANT 2023

Secteur :

- Assurance
- Sécu
- Vaccins
- Certif. Sco. PSM
- Pass Sanitaire
- Domino OK
- Export PF OK

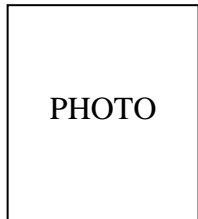
A remplir pour chaque enfant inscrit

Dossier à envoyer par mail à enfancejeunesse@villes-soeurs.fr à partir de janvier.
Liste des documents à fournir à télécharger sur www.villes-soeurs.fr

Sur quel ALSH souhaitez-vous inscrire votre enfant ?

- Tilleuls/Verne à Mers les Bains
- Brossolette au Tréport
- Chantereine à Criel sur Mer
- Jaurès/Jouvet à Gamaches
- Pastel à Le Mesnil-Réaume
- Hétraie à Eu
- Séjours & Chantier jeunes bénévoles

L'ENFANT



NOM : PRENOM :

NE(E) LE :/...../..... SEXE : F M Tel. à contacter en 1er :/...../...../...../.....

ADRESSE (Rue + commune) :

SCOLARISE A :

N° CAF : Bons Temps Libres ou Bons Loisirs CAF ? oui non

REGIME ALIMENTAIRE : Pas de régime particulier Sans porc
 Sans viande Autres :

LE RESPONSABLE DECLARANT

NOM : PRENOM :

Tél. : / Port. : L'un, au moins, obligatoire et valide

DROIT A L'IMAGE ET INFORMATIONS

Nous, soussignés
père, mère, famille d'accueil (1) responsable du jeune
(1) Rayer la (ou les) mention(s) inutile(s)

<input type="checkbox"/> Autorisons <input type="checkbox"/> N'autorisons pas les personnes missionnées par la Communauté de Communes des Villes Soeurs à photographier, filmer, enregistrer la voix de mes enfants dans le cadre de ses activités et déclarons céder à titre gracieux à la CCVS, pour une durée de 10 ans maximum, le droit d'utiliser les images et sons enregistrés. Ces éléments pourront être diffusés sur les supports d'information ou de communication de la CCVS et de ses partenaires, imprimés ou numériques, sur tous les réseaux de communication, y compris télévisuels ou internet (dont les réseaux sociaux).
<input type="checkbox"/> Autorisons <input type="checkbox"/> N'autorisons pas la consultation et la conservation de notre dossier allocation CAF (CDAP), afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des participations financières. A Défaut, nous serons automatiquement rattachés au tarif plafond.

- Acceptons les conditions d'inscription et de fonctionnement, définies dans le Règlement des ACM.
- Certifions sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés et nous engageons à signaler tout changement dans la situation de la famille dans les plus brefs délais.

Date :
Nom-Prénom du responsable légal :

NOM :

PRENOM :

1 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANTL'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence sur l'Accueil ? oui non Si oui joindre une **ordonnance** en cours de validité 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 par l'enfant sans ordonnance.**

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"/>	

L'enfant a-t-il des allergies ?

- ASTHMATIQUES oui non
- MEDICAMENTEUSES oui non
- ALIMENTAIRES oui non
- AUTRES.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

Difficultés de santé et précaution à prendre (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation).

.....

L'enfant a-t-il un PAI ?

oui non Si oui joindre une **ordonnance** récente, le PAI et les médicaments correspondants.

Recommandations utiles des parents :

.....

2 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

Votre enfant porte-t-il

- Des lentilles ? oui non
- Des lunettes ? oui non
- Des prothèses auditives ? oui non
- 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)

.....

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

3 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e), 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, anesthésie générale...) 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 :

Nom-Prénom du responsable légal :

Signature :