

FICHE INDIVIDUELLE ET CONFIDENTIELLE, DE RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

LE JEUNE (Écrire en majuscule)

NOM : PRÉNOM :

 Date de naissance : Age : ans Sexe : M F

École : Classe :

VACCINATIONS

 J'atteste que mon enfant satisfait aux obligations de vaccination et joins la copie du carnet de vaccination et/ou un certificat médical

Pour les mineurs accueillis, seuls sont obligatoires (sauf contre-indication médicale reconnue), les vaccins suivants :
Antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique. Le BCG n'est quant à lui plus obligatoire depuis 2017.

Important : La loi a rendu obligatoire 11 vaccins pour les enfants nés après le 01/01/2018 :

Coqueluche, hépatite B, rougeole, oreillons, bactérie Haemophilus influenzae, pneumocoque, méningocoque.

La loi n'étant pas rétroactive, elle ne concerne les enfants nés avant cette date.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

 Le jeune suit-il un traitement médical: OUI NON

Si oui : joindre une ordonnance récente et les médicaments

(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom et prénom de l'enfant avec la notice)

ATTENTION : aucun médicament ne pourra être pris ou donné sans ordonnance

| MALADIES | | | | | | | | |
|--------------------------------|-----|-----|-------------------------------|-----|-----|--|-----|-----|
| | Oui | Non | | Oui | Non | | Oui | Non |
| Scarlatine | | | Rubéole | | | Rhumatismes | | |
| Varicelle | | | Oreillons | | | Angine | | |
| Coqueluche | | | Rougeole | | | Otite | | |
| ALLERGIES | | | | | | | | |
| | Oui | Non | | Oui | Non | | Oui | Non |
| Asthme | | | Médicaments | | | Un P.A.I. a-t-il été mis en place pour sa scolarité (si oui : fournir une copie) | | |
| Alimentaires | | | Autres | | | | | |

Spécifier les **antécédents médicaux** ou **chirurgicaux** ou **tout autre élément d'ordre médical** considérés par les parents comme **susceptibles d'avoir des répercussions** sur le déroulement du séjour :

.....
.....

Les **difficultés de santé de votre enfant** (accident, crises convulsives, rééducation,) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES (port de lunettes, prothèses auditives, dentaires, ...) :

.....

Lu et approuvé

Date

Signature

FICHE INDIVIDUELLE ET CONFIDENTIELLE, DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

LE JEUNE (Écrire en majuscule)

NOM : PRÉNOM :

Date de naissance : Age : ans Sexe : M F F

École : Classe :



RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT (cocher la ou les case(s) lorsqu'il s'agit du ou des responsable(s) légal (aux) de l'enfant inscrit)

RESPONSABLE 1 : PÈRE MÈRE TUTEUR(RICE)

RESPONSABLE 2 : PÈRE MÈRE TUTEUR(RICE)

NOM : Prénom :

NOM : Prénom :

Adresse :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Code Postal : Ville :

Profession :

Profession :

Domicile & Travail :

Domicile & Travail :

Portable :

Portable :

Adresse email :

Adresse email :

SITUATION PARENTALE : Mariés Séparés Divorcés Pacsés Union Libre Veuf(ve) Célibataire

Qui a la garde du jeune : Le père La mère Autre :

Si un des parents n'est pas autorisé à récupérer l'enfant, il est impératif de joindre une pièce justificative légale.

PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) A VENIR CHERCHER L'ENFANT

| NOM/PRÉNOM | TÉLÉPHONE(S) | LIEN AVEC L'ENFANT | PRIORITÉ |
|------------|--------------|--------------------|----------|
| | | | |
| | | | |

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Numéro d'Allocataire : CAF de : Quotient Familial :

RÉGIME GÉNÉRAL (Fonction Publique, Secteur privé, ...) MSA EDG-GDF-SNCF-RATP-Pêche Maritime

J'autorise l'ODEL à consulter les données sur CAF PRO Nombre d'enfants à charge : Revenu imposable du ménage :€

| | Responsabilité civile Individuelle accident : | Complémentaire santé (mutuelle) : |
|------------|---|-----------------------------------|
| Compagnie | | |
| Contrat N° | | |

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e),, Responsable Légal de l'Enfant, reconnais avoir rempli la présente fiche, avoir fourni les documents obligatoires et certifie exact les renseignements fournis et :

- J'autorise l'utilisation des données personnelles pour : SM MAIL
- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs ODEL,
- Je m'engage à informer par écrit l'Accueil de Loisirs de toute modification qui surviendrait en cours d'année,

Je déclare avoir pris connaissance du projet éducatif de l'organisateur, des conditions de réalisation (spécifiques pour chaque activité) et du Règlement Intérieur.

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Attestation d'assurance extra-scolaire et responsabilité civile - Adhésion de 18 Euros - Charte de comportement signée par le (la) jeune et ses parents - Justificatif de domicile | <ul style="list-style-type: none"> - Si besoin : Jugement de divorce ou de séparation - Attestation CAF (quotient familial et prestations perçues) - Vaccination - Test aquatique (participation activité aquatique) |
|---|---|

Lu et approuvé

Date

Signature