

Fiche Individuelle 2021

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

Généralités											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #cccccc;"><td>Régime</td></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 style="background-color: #cccccc;"><td>Situation financière</td></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 style="background-color: #cccccc;"><td>Statistiques</td></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 style="background-color: #cccccc;"><td>Mémo</td></tr> <tr><td style="height: 50px;"> </td></tr> </table>	Mémo					
Statistiques											
Catégories Sociaux Prof : _____											
Quartier : _____											
Communauté de com. : _____											
Mémo											

Généralités								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #cccccc;"><td>Scolarité</td></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 style="background-color: #cccccc;"><td>Autorisations</td></tr> <tr><td>Autorisation de prendre des images / vidéos et de les publier : OUI NON</td></tr> <tr><td>Autorisation de rentrer seul(e) : OUI NON</td></tr> </table>	Autorisations	Autorisation de prendre des images / vidéos et de les publier : OUI NON	Autorisation de rentrer seul(e) : OUI NON
Scolarité								
Classe : _____								
Etabl. scolaire : _____								
Instituteur : _____								
Autorisations								
Autorisation de prendre des images / vidéos et de les publier : OUI NON								
Autorisation de rentrer seul(e) : OUI NON								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #cccccc;"><td>Repas spéciaux</td></tr> <tr><td style="height: 50px;"> </td></tr> </table>	Repas spéciaux							
Repas spéciaux								

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

Parents																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; padding: 2px;">Parent 1</th> <th style="text-align: right; padding: 2px;">Responsable légal <input type="checkbox"/></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Parenté : _____</td></tr> <tr><td>Civilité : _____</td></tr> <tr><td>Nom : _____</td></tr> <tr><td>Prénom : _____</td></tr> <tr><td>Profession : _____</td></tr> <tr><td>Employeur : _____</td></tr> <tr><td>Téléphone : _____ Poste : _____</td></tr> <tr><td>Portable : _____</td></tr> </tbody> </table>	Parent 1	Responsable légal <input type="checkbox"/>	Parenté : _____	Civilité : _____	Nom : _____	Prénom : _____	Profession : _____	Employeur : _____	Téléphone : _____ Poste : _____	Portable : _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; padding: 2px;">Parent 2</th> <th style="text-align: right; padding: 2px;">Responsable légal <input type="checkbox"/></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Parenté : _____</td></tr> <tr><td>Civilité : _____</td></tr> <tr><td>Nom : _____</td></tr> <tr><td>Prénom : _____</td></tr> <tr><td>Profession : _____</td></tr> <tr><td>Employeur : _____</td></tr> <tr><td>Téléphone : _____ Poste : _____</td></tr> <tr><td>Portable : _____</td></tr> </tbody> </table>	Parent 2	Responsable légal <input type="checkbox"/>	Parenté : _____	Civilité : _____	Nom : _____	Prénom : _____	Profession : _____	Employeur : _____	Téléphone : _____ Poste : _____	Portable : _____
Parent 1	Responsable légal <input type="checkbox"/>																				
Parenté : _____																					
Civilité : _____																					
Nom : _____																					
Prénom : _____																					
Profession : _____																					
Employeur : _____																					
Téléphone : _____ Poste : _____																					
Portable : _____																					
Parent 2	Responsable légal <input type="checkbox"/>																				
Parenté : _____																					
Civilité : _____																					
Nom : _____																					
Prénom : _____																					
Profession : _____																					
Employeur : _____																					
Téléphone : _____ Poste : _____																					
Portable : _____																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; padding: 2px;">Parent 3</th> <th style="text-align: right; padding: 2px;">Responsable légal <input type="checkbox"/></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Parenté : _____</td></tr> <tr><td>Civilité : _____</td></tr> <tr><td>Nom : _____</td></tr> <tr><td>Prénom : _____</td></tr> <tr><td>Profession : _____</td></tr> <tr><td>Employeur : _____</td></tr> <tr><td>Téléphone : _____ Poste : _____</td></tr> <tr><td>Portable : _____</td></tr> </tbody> </table>		Parent 3	Responsable légal <input type="checkbox"/>	Parenté : _____	Civilité : _____	Nom : _____	Prénom : _____	Profession : _____	Employeur : _____	Téléphone : _____ Poste : _____	Portable : _____										
Parent 3	Responsable légal <input type="checkbox"/>																				
Parenté : _____																					
Civilité : _____																					
Nom : _____																					
Prénom : _____																					
Profession : _____																					
Employeur : _____																					
Téléphone : _____ Poste : _____																					
Portable : _____																					

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

Selon l'article L227-5 du code de l'action social et des familles, l'organisateur vous informe de votre intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquels ils participent

DATE :

SIGNATURE



LE MINISTRE
DE LA JEUNESSE
DES SPORTS
ET DE LA
VIE ASSOCIATIVE

FICHES SANITAIRES DE LIAISON

DOCUMENT CONSENTEMENT

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE :

M

F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêt de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haémophilus	
Polioomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : kg ; Taille :

Sur-t-il un traitement médical pendant 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

MEDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez oui non

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc.

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

