



Département
jeunesse

Fiche de renseignements

Année scolaire 20...../20.....

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

garçon

fille

(à compléter par le département jeunesse)

garderie

école du dimanche

groupe de jeunes (ados)

groupe de jeunes (jeunes adultes)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LEGAUX

Responsable légal n° 1 (père – mère – tuteur)	Responsable légal n° 2 (père – mère – tuteur)
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
.....
N° de tél 1 :	N° de tél 1 :
N° de tél 2 :	N° de tél 2 :
Mail :	Mail :
.....

Frères et sœurs

Nom - prénom	Date de naissance	Sexe

AUTORISATIONS

<p>En cas de maladie ou d'accident de l'enfant survenant durant les activités jeunesse qui se déroulent hors de l'église (sorties), j'autorise le moniteur du jour à prendre toutes les mesures d'urgence, d'évacuation ou d'hospitalisation de mon enfant vers l'hôpital choisi par les services de secours. La famille sera prévenue le plus rapidement possible.</p>	<p>A _____ le _____ Signature des responsables légaux :</p>
<p>J'autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport proposés pour les déplacements qui ont lieu dans le cadre des activités jeunesse (sorties).</p>	<p>A _____ le _____ Signature des responsables légaux :</p>
<p>Je donne mon accord pour la diffusion, dans le cadre d'activités pédagogiques :</p> <p>d'enregistrements sonores..... <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>de créations <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>de publications dans un ouvrage ou un journal <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>de photographies de mon enfant : - dans une publication <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - sur un site web désigné <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - lors d'une exposition <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - sur une photo de groupe <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>A _____ le _____ Signature des responsables légaux :</p>

AUTRES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Santé

(port de lunettes, allergies éventuelles, asthme...) : _____

Médecin de famille : _____ tel : _____

N° de sécurité sociale de l'enfant : _____

➤ *Merci de compléter la fiche sanitaire de liaison ci-jointe.*

Assurance de l'enfant

L'enfant est assuré en Responsabilité civile: OUI NON

L'enfant est assuré en Individuelle Accident: OUI NON

Compagnie d'assurance : _____

Numéro de police d'assurance : _____

Je m'engage à signaler tous les changements modifiant les informations de cette fiche.

Date : _____ Signature des responsables légaux :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

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'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil 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
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

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

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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

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 :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, 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 :