



Service Jeunesse
☎ : 04.66.81.89.89
📞 : 07.89.35.11.27
✉ : jeunesse@mairie-clarensac.fr

Cadre réservé à l'administration :

Dossier reçu le :
 fiche de liaison
 attestation assurance :
 copie du carnet de santé :
 justificatif de domicile :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS – 2017 / 2018

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM : PRENOM Sexe : M F
Date de naissance : / / Age : Téléphone du jeune : / / /
Adresse mail de l'enfant :
École / Collège / Lycée : Classe :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REPRESENTANTS LEGAUX

Représentant légal 1 : PERE MERE TUTEUR TUTRICE

NOM : PRENOM :
Adresse :
Code postal..... Ville.....
Situation familiale : célibataire marié séparé divorcé veuf
Profession :
Tél : Domicile : / / /
Tél : Travail : / / /
Tél : Portable : / / /
Adresse mail :

Représentant légal 2 : PERE MERE TUTEUR TUTRICE

NOM : PRENOM :
Adresse :
Code postal..... Ville.....
Situation familiale : célibataire marié séparé divorcé veuf
Profession :
Tél : Domicile : / / /
Tél : Travail : / / /
Tél : Portable : / / /
Adresse mail :

Service Jeunesse

☎ : 04.66.81.89.89

📞 : 07.89.35.11.27

✉ : jeunesse@mairie-clarensac.fr

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) :

En qualité de : Père Mère Tuteur Légal (cocher le rond correspondant)

Nom de l'enfant : Prénom :

AUTORISE ou N'AUTORISE PAS (cocher le rond correspondant) - Le responsable du service de la Ville de Clarensac à prendre, le cas échéant, toute mesure rendue nécessaire par l'état de l'enfant (hospitalisation).

AUTORISE ou N'AUTORISE PAS (cocher le rond correspondant) – L'équipe d'animation et l'organisateur à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique pour la présentation et l'illustration de nos structures (bulletin d'information municipales, site internet de la ville, presse).

Fait à, le

Signature du représentant légal

DOCUMENT A FOURNIR

- Fiche de renseignements
- Fiche sanitaire de liaison (cerfa)
- Photocopie du carnet de santé (vaccinations)
- Attestation assurance responsabilité civile
- Justificatif de domicile (facture d'eau, électricité, ...)

CONTACT

Dossier à remettre à la mairie de Clarensac – Service Jeunesse

Pour toutes informations complémentaires,

📞 : 07.89.35.11.27. - ✉ : jeunesse@mairie-clarensac.fr



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris 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"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non 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.**)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :
Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____
Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS
